



UC/FPCE—2009

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Percepção dos Recursos Familiares por Profissionais do INEM – estudo exploratório do *coping*, resiliência e qualidade do sono

Dália Maria Albuquerque Ferreira
(e-mail: daliaalbuquerque@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho Lourenço

Percepção dos Recursos Familiares por Profissionais do INEM – - estudo exploratório do *coping*, resiliência e qualidade do sono

Resumo

Esta investigação estudou a percepção das estratégias de *coping* e resiliência familiares, e a qualidade do sono dos profissionais de emergência médica pré-hospitalar, que trabalham por turnos.

Para o efeito, procedeu-se à aplicação de um protocolo de investigação composto por cinco instrumentos de avaliação: Questionário Sócio-demográfico, Questionário de Forças Familiares (QFF), F- COPES, Escala de Sonolência Diurna (Escala de *Epworth*) e Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI). A amostra é constituída por 85 profissionais Delegação Centro do INEM, que trabalham por turnos.

Esta investigação estudou como é que os profissionais de emergência médica, que trabalham por turnos, percebem as estratégias de *coping* e de resiliência das suas famílias, e a qualidade do sono, estando sujeitas a níveis de *stress* constantes, e como é que a qualidade de sono influencia a percepção de estratégias de *coping* e resiliência familiares.

Os profissionais que fazem do *stress* a sua rotina de vida, mostram-se treinados a mobilizar estratégias de *coping* familiar, e percebem a sua família como detentora de recursos para superar as dificuldades, apontando o sistema familiar como alternativa protectora.

De acordo com as evidências deste estudo, sugerimos áreas de vulnerabilidade e de protecção, que aumentam a probabilidade de ajustamento familiar às situações constantes de *stress*.

Em primeiro lugar, este estudo sugere que o género, a religião e o nível sócio-económico, influenciam o tipo de estratégias de *coping* familiar mobilizadas (as mulheres e os sujeitos não católicos recorrem preferencialmente às estratégias de *coping* externas, contrariamente aos profissionais do INEM que pertencem a um nível sócio-económico mais elevado, que preferem as estratégias de *coping* internas).

Quanto às habilitações literárias verifica-se que os licenciados estabelecem, claramente, a mobilização de apoio formal como estratégia de *coping* familiar, emergindo como factor protector destes sujeitos.

O nível sócio-económico elevado influencia ainda os factores do QFF e a qualidade do sono, potenciando uma condição protectora das famílias.

Em relação à idade, a categoria profissional e a religião, os resultados do nosso estudo sugerem que há diferenças nos factores do QFF (os sujeitos com mais de 30 anos, os enfermeiros e os sujeitos não católicos, privilegiam a organização da vida familiar e tomada de decisão).

As famílias compostas por pais e filhos apresentam menor vulnerabilidade relativamente aos transtornos do sono, ressaltando neste ponto, as características específicas da nossa amostra. Sublinha-se, ainda, a relação conjugal como protectora da latência para o sono.

A qualidade do sono dos profissionais do INEM encontra-se comprometida, denunciando uma percentagem elevada de “maus dormidores”. Por outro lado, uma boa qualidade de sono revela uma influência positiva nos factores do QFF (boa qualidade de sono influencia a percepção de um clima familiar positivo e coesão) tornando os “bons dormidores” menos vulneráveis.

Palavras-chave: Família; *stress* e *coping* familiar; resiliência familiar; qualidade do sono; Instituto Nacional de Emergência Médica.

Perception of Family Resources for the Professional INEM – - exploratory study of coping, resilience and quality of sleep

Abstract

This research studied the perceptions of coping and resilience of the families and quality of sleep of professional emergency medical pre-hospital, working in shifts.

To this end, one proceeded to the application of a protocol for research consisting on five instruments of assessment: Socio-demographic questionnaire, Questionnaire for Family Force (QFF), F-COPES, Epworth Sleep scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The sample consists of 85 professionals Delegation of INEM Center, working in shifts.

This research studied how the emergency medical professionals, who work in shifts, perceive coping strategies and resilience of their families, and quality of sleep when subjected to constant levels of stress, and how the quality of sleep influence the perception of resilience and coping strategies for families.

The professionals who make of stress their routine of life, are trained to mobilize family coping strategies, and perceived their family as the holder of resources to overcome the difficulties by pointing the family system as a protective alternative.

According to the evidence of this study, we suggest, areas of vulnerability and protection, which increase the likelihood of family adjustment to constant situations of stress.

First, this study suggests that gender, religion and socioeconomic level, influence the type of coping strategies called for family (women and non-Catholic subjects preferred to use external coping strategies, unlike the professionals of INEM who belong to a higher socioeconomic level, who prefer the internal coping strategies).

As for education shows that licensees clearly establish the support to the mobilization of the formal and family coping strategy, emerging as a protector of these subjects.

The high socio-economic level also influence the factors of QFF and quality of sleep, enhancing a protective condition of families.

Regarding age, profession and religion, the results of our study suggest that there are differences in factors of QFF (the subject of more than 30 years old, the nurses and non-Catholics subjects, favor the organization of family life and decision making).

Families consisting of parents and children show less vulnerability for sleep disorders, stressing in this point, the specific characteristics of our sample. It is also stressed the marital relationship as protective of latency to sleep.

Nowadays the quality of sleep of INEM personnel is compromised, reporting a high percentage of "bad sleepers. Moreover, a good quality of sleep is a positive influence in the QFF factors (quality of sleep influences the perception of a positive climate and family cohesion) making "good sleepers" less vulnerable.

Keywords: Family, family stress and coping, family resilience, quality of sleep; National Institute of Emergency Medicine.

Agradecimentos

Há momentos na vida que nos obrigam a parar para reflectir no caminho já percorrido, olhando para os sucessos e para as falhas, mas sobretudo para pensar naqueles que estiveram sempre ao nosso lado.

Cabem no nome do autor inúmeros outros, como se esta dissertação fosse escrita por várias mãos invisíveis.

Na minha vida pessoal e académica tive a felicidade de ter como tutores e mentores, pessoas excepcionais a quem não podia deixar de lhes dizer: Bem Hajam.

Desde logo agradeço à Professora Madalena Lourenço pela orientação, disponibilidade e sobretudo pelo carinho com que me ajudou a superar as dificuldades.

Agradeço igualmente à professora Isabel Alberto pela coragem nos momentos de desânimo e também à professora Madalena Alarcão pela preocupação relativa ao ritmo deste projecto e por acreditar que seria possível.

Não podia deixar de expressar o meu sincero agradecimento à D. Gina Fidalgo pela sua eficiência nos assuntos logísticos.

Agradeço, ainda, à Dr.^a Regina Pimentel enquanto Delegada Regional do INEM por ter proporcionado a oportunidade que esta investigação se realizasse na Delegação Centro, e a todos os profissionais desta casa pelo seu contributo.

Por fim, há que salientar a importância das forças familiares na sustentação dos muitos e desafiantes momentos de *stress*: obrigado por não ter reclamado (muito) as minhas ausências e respeitado o silêncio durante as horas de sono.

O Marco abraçou este projecto desde a sua raiz, dedicando muitas horas no trabalho de revisão e formatação do presente estudo, que é também, o nosso estudo: Bem Haja!

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual.....	1
1.1 - Família	1
1.2 - Estratégias de <i>Coping</i>	2
1.3 - Resiliência Familiar	4
1.4 - Emergência Médica Pré-Hospitalar	7
1.4.1 - O <i>stress</i> d(n)os profissionais do INEM	7
1.5 - Sono.....	8
1.5.1 - Sono - Definição do conceito	9
1.5.2 - Sono e trabalho por turnos	10
II – Objectivos	12
III – Metodologia.....	14
3.1 - Recolha da Amostra	14
3.2 - Caracterização Sócio-Demográfica da amostra	15
3.3 - Instrumentos.....	16
3.3.1 - Questionário Sócio-Demográfico	17
3.3.2 - Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> Familiar (F- COPES)	18
3.3.3 - Questionário de Forças Familiares (QFF).....	19
3.3.4 - Índice da Qualidade do Sono de <i>Pittsburgh</i> (IQSP)	19
IV – Resultados.....	20
V – Discussão dos Resultados.....	26
VI – Conclusões	34
Bibliografia	36
Anexos.....	41

Introdução

Inserido no âmbito de uma investigação mais alargada sobre *stress* familiar, qualidade de vida, percepção de estratégias de *coping* e forças familiares, este estudo incide na percepção de estratégias de *coping* e resiliência familiares, e a problemática do sono nos trabalhadores por turnos, na área da emergência médica pré-hospitalar.

Assim, equacionam-se de forma articulada três conceitos: ***coping* familiar**, salientando o modo como as famílias lidam com os diversos tipos de *stress*; **resiliência familiar**, dando ênfase às competências da família para superar contextos de adversidade; e **qualidade subjectiva do sono**, como uma implicação do trabalho por turnos.

A abordagem central é focalizada nas questões da família, numa leitura sistémica, com particular interesse nas famílias dos profissionais de emergência. Da literatura consultada, sobressaem temáticas centradas no estudo da vulnerabilidade ao *stress* e no impacto do *stress* nos profissionais de emergência médica. A novidade deste estudo está relacionada com o estudo das estratégias de *coping* familiares, para enfrentar o *stress* do quotidiano laboral e, por outro lado, tentar perceber os processos familiares que se relacionam com a superação das adversidades (resiliência familiar), e de que forma a qualidade do sono interfere nesta dinâmica familiar. Em Portugal desconhecemos qualquer estudo neste sentido.

A transição de objecto de estudo – do indivíduo para a família – profundamente arraigada na perspectiva sistémica, redimensiona a problemática do *stress* ao nível familiar. Este olhar integrador da dinâmica familiar sofre influência do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1972), ao considerar as suas interações e transacções com diferentes sistemas.

Entende-se a família como uma entidade que possui processos de significação dos eventos stressores, através dos quais elabora esquemas de funcionamento ou de *coping*, que lhe permitam rentabilizar as suas competências, de forma a responder às necessidades dos seus elementos.

Este estudo contempla duas grandes partes: a primeira referente à revisão do estado da arte, apresentando algumas considerações acerca dos tópicos em análise (*coping* familiar, resiliência familiar, sono e emergência médica pré-hospitalar) e, a segunda relativa ao estudo empírico (apresentação e discussão dos resultados, limitações e conclusão do estudo).

Evidencia-se a sensibilidade dos sujeitos da amostra para a participação em investigações, constatando uma adesão significativa ao presente estudo, à semelhança da disponibilidade para a investigação realizada por Vale (2008) sobre síndrome de *burnout*. Ambos os estudos se focalizaram na Delegação Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), contudo, em estudos vindouros, mesmo arriscando ser ambiciosos, seria interessante disseminar o campo de gravitação, pelas Delegações de Lisboa, Porto e Faro.

I – Enquadramento conceptual

Para uma melhor compreensão da investigação que nos propomos realizar, parece relevante apresentar uma breve referência aos conceitos que definem os contornos deste estudo.

1.1 - Família

Sendo coerente com a base epistemológica da sub-especialização em Sistémica, Saúde e Família, em que se insere esta tese, encetamos a nossa reflexão pela noção de “família” pois, mais do que considerar as características individuais dos sujeitos, interessa compreender a dinâmica

familiar, funcionamento e evolução, numa perspectiva desenvolvimental.

Respeitando a conjuntura sistémica enraizada na Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy (1972), a família é vista como um sistema, e caracteriza-se pela sua identidade, unicidade e autonomia, “uma globalidade que só nessa perspectiva holística pode ser correctamente compreendida” (Relvas, 1996, p.10). Neste enquadramento a família é definida como “um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interacções particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia” (Relvas, 1997, p.395).

Considera-se a família como fonte primária de socialização e suporte, destacando-se, ao longo da vida, como fonte de recursos e energias, proporcionando sentimentos de pertença e confiança que permitem enfrentar as dificuldades da vida.

A singularidade deste sistema emerge num movimento contínuo, sem desprezar as descontinuidades próprias do processo evolutivo. Considerar a perspectiva de ciclo de vida familiar implica uma visão em termos de “relacionamento intergeracional na família” (Carter & McGoldrick, 1995, p.7), isto é, compreender os fenómenos familiares normativos e acidentais tendo em conta o eixo do tempo, na sua interacção com o eixo do espaço.

A classificação das etapas do ciclo evolutivo da família, tendo como ponto de referência a família nuclear intacta, tem sido discutida por inúmeros investigadores, nomeadamente: Solomon (1973), Duvall (1977), Rodgers (1960), Hill (1970), Minuchin e Fishman (1981), Carter e McGoldrick (1995), Relvas (1996) (*in* Carter & McGoldrick, 1995) contudo, assiste-se actualmente a uma diversidade de “novas formas de família¹”, “que mais não são do que variantes a esse ciclo vital” (Relvas & Alarcão, 2002, p. 9).

A família orchestra o seu funcionamento como resposta às transformações exigidas ao longo da realização das tarefas desenvolvimentais, numa gestão constante das fontes internas e externas de *stress*. Esta capacidade de se transformar promove o processo de adaptação que sustenta o desenvolvimento familiar, e está, intimamente relacionado com as estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com o *stress*.

1.2 - Estratégias de *Coping*

No contexto familiar, as estratégias de *coping* podem ser entendidas como a gestão de um acontecimento por parte da família enquanto unidade, sem efeitos negativos, em qualquer membro individual do sistema. *Coping* familiar será o conjunto de processos cognitivos, afectivos e comportamentais através dos quais o indivíduo e o sistema familiar lidam com as situações indutoras de *stress* (Boss, 2002; McCubbin & Patterson, 1983).

Os profissionais de saúde que se dedicam à emergência médica pré-hospitalar são expostos a elevados níveis de *stress*, pelas características inerentes à sua actividade profissional. Interessa perceber a percepção de estratégias de *coping* mobilizadas pela família, para se confrontar com as exigências desta profissão.

Lidar com seria uma alternativa terminológica ao vocábulo *coping*, no entanto, a falta de precisão da tradução leva a que se privilegie o termo em inglês. Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* é um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos de um indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984, *in* Varela

¹ Famílias monoparentais, união de facto, pós-divórcio, famílias sem filhos ou famílias de adopção, são alguns exemplos das chamadas “novas formas de família”.

& Leal, 2007). Basicamente, os mecanismos de *coping* são respostas a situações de *stress*, que se traduzem em respostas adaptativas. As estratégias de *coping* são activadas para minimizar a tensão emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de *stress*.

Face a uma situação de *stress*, Lazarus e Folkman (1984) sugerem que se podem activar duas respostas de *coping* específicas: o *coping* centrado no problema (confrontativo), em que o indivíduo se envolve em tentativas activas para lidar com as situações indutoras de *stress*, e tenta modificá-las estabelecendo um plano de acção, e o *coping* centrado nas emoções, em que o indivíduo tenta reduzir as consequências emocionais negativas do agente causador de *stress*, através de esforços que permitem ao sujeito pensar e agir de forma eficaz (Billing & Moos, 1981, 1984; Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Folkman & Lazarus 1991; Pearlin & Schooler, 1978; Stone & col., 1991; Wong & Reker, 1984; Serra 1999). Para além destes, Serra (1999) considera que o *coping* pode ser centrado na interacção social, em que a pessoa procura o apoio social. Embora esta distinção se faça ao nível conceptual, a maioria das pessoas não usa exclusivamente um tipo de estratégias de *coping*, quando é confrontada com um agente de *stress*.

Os resultados não dependem apenas das estratégias de *coping* utilizadas, estando outras variáveis implicadas (características pessoais, da situação e do momento).

A intenção de averiguar a percepção das estratégias de *coping* das famílias dos profissionais de emergência médica visa perceber como é que estas famílias conseguem gerir uma série de acontecimentos indutores de *stress*, adaptando-se, da melhor forma, às contingências impostas por este regime de trabalho. Esta preocupação é concordante com a definição de *coping* familiar como “a gestão de um acontecimento por parte da família enquanto unidade, sem efeitos negativos em qualquer membro individual do sistema” (Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993, p.73).

Há famílias que encontram maneiras mais produtivas de encarar as dificuldades, atingindo um nível óptimo de adaptação e activam os recursos pessoais, familiares e sociais que os auxiliem na resposta às suas necessidades. No outro pólo, há famílias com muitas dificuldades em flexibilizar as suas rotinas e, para as quais se torna mais difícil a adaptação às exigências. Para além dos efeitos fisiológicos e psicológicos (variáveis de natureza individual) indesejáveis, que estão associados ao *stress* ocupacional, estes trabalhadores estão sujeitos a níveis de *stress* familiar e social muito elevados.

Na opinião de Canavarro e colaboradores (1993), os recursos familiares podem ser definidos como a “capacidade que a família tem para prevenir que acontecimentos indutores de *stress* possam descompensar o sistema familiar” (Canavarro et al., 1993, p.85). A este respeito, Moos e Schaefer (1993) defendem que “os recursos se referem aos factores pessoais e sociais, relativamente estáveis, que influenciam a forma como os indivíduos tentam lidar com as transições e as crises de vida” e que as estratégias de *coping* se reportam “aos esforços cognitivos e de conduta que os indivíduos utilizam em circunstâncias específicas indutoras de *stress*” (Moos & Schaefer, 1993, in Serra, 1999, p. 371).

O Modelo ABC-X de Hill (1958) representa o ponto de partida para as investigações vindouras sobre *stress* familiar. As três variáveis deste modelo são: (A) acontecimento indutor de *stress*; (B) Recursos familiares²; (C) Percepção do acontecimento³. “Da interacção destas variáveis resulta a incógnita (X)” (Canavarro et al., 1993, p.85). À luz dos conhecimentos da

² Presentes na altura do acontecimento indutor de *stress*.

³ Isto é, “o significado específico que esse acontecimento tem para essa família” (Serra, 1999, p.544).

época (1958), o conceito de Recursos encerrava, em simultâneo, o conceito de *coping* mais ligado à dimensão comportamental e o conceito de recursos, na vertente atribucional (Canavarro et al., 1993).

McCubbin e Patterson (1983), aceitando os postulados do Modelo de Hill, ao elaborarem o Duplo Modelo ABC-X da Teoria de *Stress* Familiar, para além da percepção do stressor, contemplam a percepção dos recursos familiares como elemento fulcral na forma como as famílias enfrentam os acontecimentos indutores de *stress*.

Posteriormente, McCubbin (1995) desenvolveu o Modelo da Tipologia do Ajustamento Familiar e Adaptação, com o objectivo de perceber a resposta de certas famílias a situações de *stress*. Trata-se de um modelo de *stress* e *coping* familiar desenvolvido para delinear as forças e capacidades das respostas familiares, quer em situações de crises normativas quer acidentais, ao longo do ciclo vital (McCubbin, 1995). As respostas familiares para encarar as mudanças e agentes *stressores* são descritas em duas fases: ajustamento e adaptação familiar. A fase de ajustamento familiar indica o uso de respostas mais breves perante acontecimentos menos *stressantes*, sem implicar mudanças na estrutura familiar. O ajustamento familiar numa situação de crise (X) é determinado pela interacção do nível de *stress* do acontecimento (A) com vulnerabilidade familiar (V) que, por sua vez, é determinada pelas exigências associadas à etapa do ciclo vital. Tudo isto se relaciona com o modo como a família opera, avalia e se comporta (T), que influencia e é influenciado pelos recursos de resistência familiar (B) (*Family's resistance resources*), que interage com a avaliação que a família faz do acontecimento (C), que interage com as estratégias de resolução de problemas e *coping* da família (PSC). Alguns acontecimentos, pelo seu nível de exigência, mobilizam a fase de adaptação familiar, na qual operam mudanças nas capacidades, recursos e estratégias de *coping*, em resposta à situação de crise. A fase de adaptação é determinada pelas exigências que a família enfrenta (situações de crise, mudanças no ciclo de vida familiar e problemas não resolvidos) (AA), o que interage com o nível de regenerabilidade da família (R). Por sua vez, isto é determinado pelas exigências que a família enfrenta em interacção com a tipologia da família (T), as forças familiares (BB), a avaliação da situação (CC) e o esquema familiar (CCC). Tudo isto vai interagir com o suporte social (BBB) e com as estratégias de resolução de problemas e *coping* da família (PSC).

Ramos (2008) entende que *coping* é um instrumento de resistência à adversidade e, é justamente este facto, que pode converter *coping* e resiliência familiar numa área de estudo convergente, a partir da conceptualização dos efeitos desenvolvimentais do *coping*.

1.3 - Resiliência Familiar

A Resiliência tem constituído, ao longo dos últimos trinta anos, um campo de estudo e interesse, onde gravitam várias definições e abordagens, a partir de diferentes perspectivas teóricas (psicanalítica, desenvolvimental e comportamental), na ânsia de maior rigor e precisão. Posicionando-se numa encruzilhada terminológica, as várias definições encontradas, na revisão bibliográfica, realçam que este conceito está em fase de construção.

A Resiliência, enquanto objecto de reflexão, confunde-se com a “arte de se adaptar às situações adversas (condições biológicas e sócio-psicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapróxicos) e externos (ambiente social e afectivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada e a inserção social” (Anaut, 2005, p. 43). A presunção de enfrentar um contexto de adversidade, conseguindo superá-lo com habilidade, e construir uma experiência potencialmente vantajosa

(numa circunstância potencialmente traumática) é a base deste construto.

Originalmente, a noção de Resiliência emerge na área da física, ilustrando a propriedade dos materiais retomarem a sua forma inicial, depois de submetidos a grandes pressões. Na transposição do termo resiliência para as ciências sociais e humanas⁴, pode-se considerar que, cada um de nós possui uma potencialidade diferente de resistir às pressões, não obtendo um retorno à fase anterior, mas antes uma superação perante as adversidades, com a possibilidade de construir novos caminhos.

No domínio da Psicologia, a resiliência é entendida como a capacidade para resistir às adversidades humanas. A investigação longitudinal com crianças Kauai (arquipélago do Hawai), realizada por Werner (1989, 1993; Werner & Smith, 1992), permitiu descrever a resiliência “como resultado de um equilíbrio evolutivo entre o confronto com elementos nefastos ou stressantes do meio, a vulnerabilidade e os factores de protecção do sujeito, internos (temperamento, capacidades cognitivas, auto-estima) e externos (fontes não oficiais de apoio, tais como a família alargada, o bairro e os recursos comunitários)” (Anaut, 2005, p. 49). Deste estudo, Werner e Smith (1992) inferiram que “um terço dos indivíduos considerados de alto risco, tornaram-se adultos competentes “*who loved well, worked well, played well, and expected well*” (Werner & Smith, 1992, p. 192). Grotberg (1995) afirma que “a resiliência é a capacidade universal que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos da adversidade” (Grotberg, 1995, p.7), podendo fortalecer as suas capacidades resilientes. Neste quadro conceptual, a resiliência “permite compreender o desenvolvimento de sujeitos que sofreram carências relacionais graves e contextos traumáticos e que no entanto se *desenvencilharam*” (Anaut, 2005, p. 149).

Na análise crítica ao conceito de resiliência, Cyrulnik (1999) chama a atenção para o facto de que os indivíduos ou as famílias não seriam totalmente resilientes para toda e qualquer situação, nem a todo o momento (*in* Junqueira & Deslandes, 2003, p.229). A resiliência não é sinónimo de invencibilidade (Rutter, 1993, *in* Anaut, 2005) insurgindo-se contra a expressão “vulneráveis mas invencíveis” de Werner. As pessoas desenvolvem-se nos desafios que a adversidade coloca em movimento. A ideia de invulnerabilidade como uma resistência absoluta ao *stress* é superada pela noção de resiliência. Nesta linha, podemos articular as questões da vulnerabilidade e o poder regenerativo, atribuindo ao sistema a competência para diminuir o impacto disruptivo de uma situação de *stress*, construído na singularidade de cada desafio, e salientar a dimensão microsocial deste conceito. Este contexto proporciona uma hipótese de um processo resiliente dinâmico e evolutivo.

A resiliência foi descrita por Rutter (1990) como uma capacidade individual de superar as adversidades e recuperar-se delas. Nesta leitura, a resiliência é vista como uma característica do indivíduo, contudo ela não se esgota no indivíduo, podendo ser aplicada à família, com o objectivo de avaliar a contribuição dos processos familiares para a superação de situações de risco, através de mecanismos de protecção.

Walsh (1996) amplia este enfoque ao compreender a resiliência, de acordo com a perspectiva sistémica da família, em contextos ecológicos e de desenvolvimento. Desta forma, a família pode assumir o binómio vulnerabilidade/protecção, facilitando ou dificultando o sucesso do indivíduo, no campo das adversidades.

A resiliência familiar abrange processos interactivos que fortalecem o

⁴ Trata-se de um processo de apropriação de um conceito construído dentro de um modelo matemático, sem esquecer as idiosincrasias de dois campos tão distintos.

fenómeno da resiliência individual, e prende-se com a capacidade da família para lidar, com sucesso, com a adversidade, facilitando a recuperação e o crescimento, em situações de crise, trauma e adversidade, aproximando-se do conceito de forças familiares. A família é entendida como uma unidade funcional que pode incrementar a resiliência e a vulnerabilidade em todos os seus membros (Walsh, 1996).

Um dos primeiros trabalhos sobre resiliência familiar foi publicado por McCubbin e McCubbin, em 1988, sobre a “tipologia de famílias resilientes”. Estes autores definem resiliência familiar como “características, dimensões e propriedades das famílias que as ajudam a ser resistentes à ruptura, face à mudança e, adaptativas, face a situações de crise” (McCubbin & McCubbin, 1988, *in* Patterson, 2002, p. 352), isto é, as famílias “resilientes” resistem aos problemas decorrentes de mudanças e “adaptam-se” às situações de crise.

Segundo Walsh (2005) “o foco em resiliência na família deve procurar identificar e implementar os processos-chave que possibilitam que as famílias lidem mais eficientemente com situações de crise ou *stress* permanente, e saiam delas fortalecidas, não importando se a fonte de *stress* é interna ou externa à família. Desta forma, a unidade funcional da família, estaria fortalecida e possibilitava a resiliência em todos os membros” (Walsh, 2005, p. 263).

O termo resiliência em família refere-se à adaptação e *coping* na família, enquanto unidade familiar. A realidade familiar pressupõe uma gestão da resiliência, que é influenciada pela atribuição de significados (socialmente construídos), que a família dá à experiência. Sendo a família a primeira fonte de socialização do indivíduo, essa construção emerge no seio familiar. A família, enquanto sistema, procura manter a estabilidade e o senso de equilíbrio. Esta estabilidade é ameaçada por mudanças, que fazem a família atravessar um período de desequilíbrio. A complexidade, característica da imprevisibilidade dos sistemas humanos, desencadeia uma necessidade de adaptação às crises normativas e acidentais. O contexto posiciona-se numa agressividade crescente, pelo que o investimento em competências comunicacionais e interrelacionais na família traduzir-se-ão em forças familiares, que convergem num trilho de optimismo face às dificuldades. O modelo ecológico de Bronfenbrenner (1972) privilegia o contexto e as interações entre o organismo e o ambiente, pelo que, tentar compreender a resiliência familiar implica conhecer a família como contexto de desenvolvimento, e apreender as relações interpessoais, como parte de um sistema mais complexo de influências sociais, culturais e históricas, tendo em conta os desafios enfrentados, as tensões e os recursos. O modo como cada família lida com esses desafios é crucial na adaptação individual e familiar.

O Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007) foi construído, especificamente, para diligenciar os critérios de funcionamento familiar resiliente. Numa abordagem sistémica e ecológica, a base teórica subjacente à construção deste original instrumento fundamenta-se no Modelo de Resiliência Familiar de Froma Walsh (2005), que se baseia nos modelos de competências familiares e na teoria de *stress*, adaptação e *coping*, e propõe três processos básicos para a resiliência familiar: sistemas de crenças, padrões de organização e os processos de comunicação (Walsh, 2005). As crenças familiares representam um dos processos familiares que contribui para a resiliência (Walsh, 2003, 2006), destacando a atribuição de significado à adversidade; olhar positivo; e a transcendência e espiritualidade. Por sua vez, os padrões organizacionais focam-se especificamente na flexibilidade; coesão; recursos sociais e económicos e,

por último, os processos de comunicação referem-se à clareza, expressão emocional; colaboração na resolução de problemas.

Da análise factorial do QFF (Melo & Alarcão, 2007) realizada no estudo de Mendes (2008) resultaram seis factores: Crenças e Comunicação; Capacidade de Adaptação; Clima Familiar Positivo e Coesão; Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão; Individualidade e Apoio Social, que pretendem caracterizar o funcionamento familiar em condições de *stress*, tendo em conta o contexto.

1.4 - Emergência Médica Pré-Hospitalar

O INEM é a entidade responsável pela organização da emergência pré-hospitalar, em Portugal Continental, desde 1981, com cobertura em todo o território nacional, através do número nacional de socorro 112, tentando dar resposta às necessidades da população, de acordo com os recursos disponíveis. Para assegurar a prestação de serviços durante 24 horas é necessário recorrer ao trabalho por turnos. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de Agosto. Em seguida, é criado o INEM, que funciona como um organismo do Ministério da Saúde, que veio substituir o Serviço Nacional de Ambulâncias, responsável por coordenar as actividades da emergência médica do SIEM, de forma a garantir às vítimas uma pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. Em 1986 surge o primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), com o objectivo de garantir uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados e a progressiva medicalização dos meios de socorro. As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) surgem em 1989, e posteriormente, assiste-se a uma disseminação, pelo país, destas viaturas. A fase final do Campeonato Europeu de Futebol UEFA - EURO 2004 foi o evento nacional fulcral na proliferação dos meios de emergência pré-hospitalar. Devido à magnitude do evento e à grande concentração de pessoas no nosso país, com especial incidência nas cidades onde iriam decorrer os jogos de futebol, foi necessário adoptar medidas de prevenção para garantir a segurança de todas as pessoas envolvidas. Estas exigências não podem ser descontextualizadas do investimento financeiro realizado e, *à posteriori*, a rentabilização e distribuição desses meios, para a população portuguesa, que se encontrava desprovida da rede de emergência pré-hospitalar. O projecto das ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV) toma consistência, no último trimestre do ano 2007, sendo a sua tripulação constituída por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE). São supervisionados pelo Enfermeiro e Médico regulador do CODU. Por sua vez, as ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) são tripuladas por dois TAE's e, embora já existissem nos grandes centros urbanos, assistimos à sua implementação e difusão no Centro - Interior do país durante os anos de 2008 e 2009.

1.4.1 - O *stress* d(n)os profissionais do INEM

A visibilidade social do INEM proporciona um campo de gravação acerca de questões relacionadas com os profissionais desta instituição. O crescente interesse por estas questões tem sido profícuo na produção de estudos sobre o *stress* nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar. “De entre as profissões com maiores índices de *stress*, a emergência pré-hospitalar está praticamente no topo da lista” (Alison et al., 1998; Caroline, 1995; Camacho, 1998; Frade & Frassquilho, 1998; Martins, 2001, *in* Amaral & Pereira, 2004). Na opinião de Amaro e Jesus (2009), estes profissionais estão sujeitos a níveis de *stress* mais elevados, comparativamente a outros profissionais de saúde, e à população em geral.

Diariamente, os profissionais do INEM são confrontados com situações indutoras de *stress*⁵, “sendo necessário, indivíduos resilientes para lidar adequadamente com este tipo de situações” (Gonçalves, 1987; Figueiredo & Soares, 1999; Pereira, 2001; Marcelino, 2002; Wayne, 2002, *in* Amaral & Pereira, 2004, p. 708). O estudo realizado por Amaral, em 2004, sobre *O stress na emergência pré-hospitalar*, sugere que os inquiridos percebem-se com altos índices de *stress* em relação à profissão⁶ e em relação à VMER, contudo, percebem-se com baixos níveis de *stress* no ambiente familiar.

A investigação levada a cabo por Oliveira (2003), para determinar a influência de alguns factores de *stress* nos profissionais da VMER, com uma amostra de profissionais da Delegação Regional do INEM do Porto, Coimbra e Lisboa, sugere a existência de uma correlação significativa entre a percepção de *stress* e a capacidade de resolução de problemas (maior capacidade para resolução de problemas - menor percepção de *stress*). Outro aspecto a salientar deste estudo é a correlação entre o tempo semanal de exercício na VMER e a percepção de *stress*: menos horas semanais de trabalho implicam maior percepção de *stress*.

Amaro e Jesus (2009) realizaram um estudo para analisar a vulnerabilidade ao *stress* dos profissionais de emergência pré-hospitalar⁷, verificando que os sujeitos em questão não apresentam vulnerabilidade ao *stress*, podendo-se, apenas, registar uma vulnerabilidade ao *stress* mediante a categoria profissional, em que os TAS/TAE apresentam uma maior percentagem de sujeitos vulneráveis ao *stress*. No entanto, constatou-se que 75,2% refere não ter alterações do sono, sendo que, dos 24,8% que referem ter alterações do sono a insónia inicial é a queixa mais frequente.

Considerando que uma minoria percebe alterações no sono, interessa analisar a qualidade do sono nesta população específica e estudar as suas implicações familiares.

1.5 - Sono

Durante muitos anos considerou-se que o sono era uma espécie de repouso cerebral, contudo, hoje sabe-se que não se trata, simplesmente, de um estado passivo. Um sono reparador é imprescindível para se ter um bom dia, podendo ser percebido como um fenómeno de desintoxicação. Um sono não reparador poderá traduzir-se em cansaço ao despertar, irritabilidade e sonolência diurna. “O papel do sono como organizador do desenvolvimento cerebral em crianças não pode ser menosprezado. Existem dados experimentais que mostram que o sono caracterizado por movimentos oculares rápidos (REM ou *Rapid Eye Movements*), no cérebro fetal e nas fases de desenvolvimento precoce, desempenha um papel activador do cérebro, de modo a facilitar o desenvolvimento e formação de redes neuronais” (Silva, *in* prefácio de Paiva, 2008, p. 9).

⁵ Nomeadamente, o desempenho é avaliado em contra-relógio, a exigência de tomadas de decisão que envolvem a vida ou a morte é uma constante, a necessidade de um elevado conhecimento técnico e científico (Christie, 1997; Linton et al., 1993, *in* Amaro & Jesus, 2009). Pode-se acrescentar o regime de trabalho por turnos, e “acidentes com multivítimas, vítimas politraumatizadas, crianças, socorro de vítimas que sejam colegas de trabalho, terem de contactar diariamente com o sofrimento e a morte” (O’Keefe et al., 1998; Beaton, 1998, *in* Amaro & Jesus, 2009).

⁶ No estudo de Amaral (2004), os inquiridos percebem-se com altos níveis de *stress* na profissão. Da análise dos agentes desencadeadores de *stress* na emergência médica, o estudo sugere que os indivíduos apresentam baixos níveis de *stress* antes da activação, verificando-se que os níveis de *stress* são mais elevados durante a activação, os quais se tornam ainda mais elevados na fase posterior à situação indutora de *stress*.

⁷ A sua amostra é constituída por 31,7% de enfermeiros, 26,1% médicos, pertencentes a 39 bases de VMER a nível nacional e 42,2% dos sujeitos eram TAS/TAE’s pertencentes a 16 quartéis de bombeiros do Algarve.

1.5.1 - Sono - Definição do conceito

O sono “é uma necessidade fisiológica essencial para a sobrevivência como a fome ou a sede” (Estivill & Averbuch, 2008, p.20). Carskadon e Dement (1989) referem que, do ponto de vista comportamental, o sono é um estado reversível, de corte perceptivo com o exterior (*disengagement*) e de não-responsividade (*unresponsiveness*) face ao ambiente” (Carskadon & Dement, 1989, *in* Silva, 2000). Segundo Silva (2000) o sono “é uma teia complexa de processos fisiológicos e comportamentais, usualmente mas não necessariamente, acompanhada de uma postura de repouso, quietude e olhos fechados. (...) Tais comportamentos podem incluir andar (sonambulismo), falar (sonilóquio), cabecear (*jactatio capitis nocturnus*) e ranger os dentes (bruxismo)” (Silva, 2000, p. 69).

Com o crescente interesse pelo estudo do sono, o aparecimento dos primeiros laboratórios do sono e consequente utilização de registos poligráficos (polissonografia), para a avaliação da actividade eléctrica do cérebro enquanto dormimos, a ideia primitiva de que o sono seria um estado de inércia vai sendo desvalorizada. Actualmente, considera-se que “a actividade eléctrica durante o sono é de complexidade semelhante à que se observa durante o estado de vigília” (Brandão, 1995, p. 162). O descanso nocturno compreende cinco fases que, no seu conjunto, formam um ciclo. Durante uma noite, pode-se completar até quatro ou cinco ciclos. O estabelecimento das várias fases do sono está relacionado com os diferentes padrões electroencefalográficos⁸. Um sujeito sem problemas de sono, em condições habituais, adormece em sono lento, passando sequencialmente pelas diferentes fases (I, II, III, IV)⁹.

É enquanto dormimos que têm lugar muitos dos processos fisiológicos (alterações hormonais, bioquímicas, metabólicas e temperatura corporal) e neurocognitivos como o crescimento, a reparação, a aprendizagem e a consolidação da memória, o que nos leva a afirmar que o nosso desempenho está directamente relacionado com uma boa noite de sono.

Reconhece-se que há uma interacção bidireccional entre o sono e o sistema endócrino, pois a concentração plasmática de algumas hormonas dispara durante o período do sono. Destas destacam-se a hormona do crescimento (*growth hormone*) (Obal & Krueger, 2004); melatonina (Arendt, 1988; Ebadi, 1984; Reiter, 1986, *in* Suhner & Heuvel, 2000); cortisol e adrenalina; diminuição da produção de glicose e de leptina (hormona cuja acção reduz o apetite), enquanto aumentam os níveis de grelina (hormona que estimula o apetite) (Knutson et al., 2007).

Depois de passar uma noite em claro, seja por divertimento, por doença ou pela necessidade de cumprir um horário nocturno, nota-se que a capacidade de raciocínio fica comprometida e a própria coordenação motora é prejudicada. “O sono é fundamental para preservar a saúde e a vitalidade do corpo e da mente” (Estivill & Averbuch, 2008, p. 19). A privação do sono tem várias consequências, nomeadamente sonolência diurna e défices no desempenho cognitivo e psicomotor, lapsos de atenção e dificuldades de concentração; diminuição de memória para eventos recentes; tempos de reacção prolongados; mau humor, sensação de fadiga, irritabilidade e até estados confusionais (Silva, *in* prefácio de Paiva, 2008). Por outro lado, a privação do sono tem uma relação directa com sonolência diurna, sendo que esta “afecta seriamente a vida das pessoas e a sua principal causa é a falta de

⁸ Salvaguardando as possíveis variações das sequências do sono, consoante as idades, as informações recolhidas, através de dados objectivos, permitiram definir o estado de vigília e as cinco fases do sono.

⁹ À medida que a noite avança, a quantidade de tempo dispendida na fase III e IV diminui e a quantidade de sono REM aumenta. À medida que as fases se sucedem, o sono torna-se cada vez mais profundo, o que se pode medir pelo aumento da actividade lenta no electroencefalograma, pela diminuição da motricidade corporal, e pela diminuição do tónus muscular.

horas de descanso nocturno ou privação crónica do sono” (Estivill & Averbuch, 2008, p.105). Os danos pessoais são ampliados pelo perigo público que representam um risco aumentado de acidentes de viação e de acidentes de trabalho.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a privação do sono provoca cansaço diurno e problemas de concentração, que conduzem a um baixo rendimento escolar e profissional; sintomas de ansiedade; *stress*; irritabilidade; depressão e sonolência diurna, responsável por acidentes de trabalho e viação. O descanso inadequado afecta ainda o sistema imunitário e conduz à hipertensão” (in Caetano & Oliveira, 2008, p. 99).

Em Portugal, de acordo com os resultados obtidos num estudo epidemiológico sobre as perturbações do sono, 28.1% da população de 18 e mais anos sofre de sintomas de insónia, pelo menos três noites por semana (ONSA, 2006). Do exposto, facilmente se depreende que as perturbações do sono afectam a qualidade de vida das pessoas e das suas famílias.

Se estivermos atentos, verificamos que certas pessoas apresentam maiores níveis de desempenho durante o período nocturno (*owl* = “corujas”), e as que gostam de se levantar cedo (*lark* = “cotovias”), pois referem que funcionam melhor de manhã¹⁰. Os noctívagos têm dificuldade em manterem-se alertas durante a manhã, pois os seus picos de energia coincidem com o período nocturno. A linha da normalidade abrange estes dois extremos. A regulação circadiana leva a que tenhamos maior propensão para o sono em certos períodos, ao longo das vinte e quatro horas.

Segundo Teresa Paiva (2008), a média é de sete a nove horas por noite. Mas há quem precise de dormir dez horas e, aqueles que apenas necessitam de seis para se sentirem bem na manhã seguinte. Mais precisamente, 85 a 90% dos adultos saudáveis dorme entre sete e oito horas por noite, 5% dorme menos de seis e 5% precisa de dormir entre nove e dez horas (Paiva, 2008). Estes valores são muito próximos com o estudo sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental (ONSA, 2006)¹¹. No mesmo estudo assinalou-se uma tendência decrescente da prevalência do número de horas de sono com a idade, e uma tendência crescente com o nível de instrução. Perante este relato, constata-se uma grande variabilidade individual no sono.

1.5.2 - Sono e trabalho por turnos

O trabalho por turnos implica uma série de perturbações nos seres humanos com uma intensidade variável. Segundo Gaspar e colaboradores (1998), o trabalho por turnos nocturno e jornadas prolongadas implicam uma quebra no desempenho dos médicos, com dificuldade para manter um desempenho ideal nas tarefas, assim como referência a alterações de humor e suas repercussões ao nível profissional, pessoal e familiar. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (1990), por cada cinco anos de actividade laboral nocturna envelhece-se prematuramente cerca de cinco anos. “O corpo humano nunca chega a adaptar-se por completo a trabalhar de noite” (Estivill & Averbuch, 2008, p.225) e por outro lado, na opinião de Araújo (2007), os profissionais de saúde não valorizam as queixas relacionadas com o sono, nem as suas nem as dos doentes.

A adaptabilidade ao trabalho por turnos é diferente de indivíduo para

¹⁰ Nos matutinos, existe um avanço de fase do sono, havendo um deslocamento da curva da temperatura, que regula o ciclo sono-vigília o que implica uma tendência para adormecer e acordar mais cedo. Nos noctívagos existe um pequeno atraso de fase do sono (Paiva, 2008), e a percepção de produtividade está associada ao cair da noite.

¹¹ No estudo de ONSA (2006) constatou-se que, em 2004, a média de horas de sono nocturno é de sete horas. A maioria (85,1%) refere dormir seis ou mais horas, por noite, em dias úteis e, 14,9% referem dormir menos de seis horas por noite.

indivíduo: “Há pessoas que suportam melhor o trabalho por turnos; geralmente os do tipo noctívago suportam melhor do que os do tipo matutino” (Paiva, 2008, p.145). Röhner e Schürig (1990) inferiram que as diferenças individuais quanto à flexibilidade do ritmo sono-vigília representam um bom preditor do grau de tolerância ao trabalho por turnos (Silva, 2000), mas não puderam confirmar a hipótese de que pessoas do tipo vespertino são mais tolerantes ao trabalho por turnos. Härmä (1993) estudou os factores individuais que podem influenciar o grau de tolerância ao trabalho por turnos, fazendo referência ao ajustamento circadiano e à habilidade para o sono em horas impróprias, hábitos de sono e estilo de vida, aos quais se juntam: “o sistema de rotação dos turnos; factores sociais e de incentivo; idade; sexo; estado de saúde; experiência prévia com trabalho por turnos; amplitude de certos marcadores rítmicos e aspectos do cronotipo” (Silva, 2000, p. 135).

As manifestações clínicas de intolerância podem passar por distúrbios do sono, fadiga persistente, mudanças de humor, mudanças comportamentais e problemas digestivos (Reinberg et al., 1984; Baker, 1980; Silva, 1994). As perturbações na vida familiar e social são referidas por Baker (1980), aspecto que é corroborado pelo estudo de Folkard e colaboradores (1985), que garante uma diminuição do contacto social, assim como o número reduzido de amigos dos trabalhadores por turnos, em comparação com os trabalhadores em regime diurno permanente (Silva, 2000). Bosh (1990) destaca o desajuste social manifestado pela alteração da dinâmica familiar e social (Bosh, 1990, *in* Santos, 2003). “O trabalho por turnos origina maiores riscos de depressão; problemas matrimoniais; cefaleias; alterações de memória, aumento do consumo de tabaco e/ou drogas; aumento de consumo de remédios para dormir; acidentes de viação” (Paiva, 2008, p. 145), sendo o divórcio três vezes mais frequente nos trabalhadores por turnos (Estivill & Averbuch, 2008).

No Laboratório do Sono de Technion realizaram-se estudos sobre o ajustamento ao trabalho por turnos. Os investigadores descobriram que o sono durante o dia era mais curto em cerca de duas horas do que o sono da noite, mesmo em condições ideais, e que muitos trabalhadores têm a tendência para dividir o período de sono em duas partes (Lavie, 1998). A razão para isso encontra-se no tempo de sono que está em concordância com a curva da temperatura corporal que atinge o seu ponto mais baixo nas primeiras horas da manhã e o seu ponto mais alto durante o fim da tarde. O trabalhador nocturno vai para a cama quando a curva da temperatura corporal está a subir (Lavie, 1998).

Salvaguardando as diferenças individuais, uma hora após a saída do turno da noite, registamos um período de sono que, segundo o registo electroencefalográfico, fica reduzido, em duas ou quatro horas, e queixas subjectivas de despertares prematuros e a sensação de não ter dormido o suficiente (Akerstedt, 1995, 2003).

Outro aspecto, muito pertinente, está relacionado com o isolamento acústico das casas, que nem sempre é o ideal para impedir os barulhos e a luz. Pelas razões explícitas é fácil perceber porque é que as perturbações do sono são tão comuns nos trabalhadores por turnos (Lavie, 1998).

Um terço dos trabalhadores por turnos adopta a sesta como estratégia de restabelecimento de sono perdido (Akerstedt, 1995, 1991). Após o último turno da noite são necessárias duas noites para regularizar o sono (Akerstedt et al., 2000) e melhorar a *performance* individual¹². “A tendência para a

¹² Os alentejanos e espanhóis descobriram há muito os benefícios da sesta. Os dados relativos a 2004 ilustram que 85,7% dos portugueses, a viver no Continente, não têm por hábito dormir a sesta (ONSA,

sesta é fisiológica: a seguir ao almoço há uma baixa relativa da nossa temperatura e daí a maior tendência para a sonolência. Os trabalhadores por turnos devem fazer uma sesta profiláctica antes de uma noite de turno” (Paiva, 2008, p. 46-47).

Reconhece-se, ainda, que o trabalho por turnos afecta indirectamente os familiares dos trabalhadores (Hood & Newey, 2004, *in* Lourenço, Ramos, & Cruz, 2008). A análise da relação existente entre os problemas do sono dos cônjuges e a saúde física e mental dos seus parceiros, o âmbito social e a qualidade de vida, realizada por Roberts e colaboradores (2004) revelou um impacto negativo na saúde dos parceiros, como resultado das perturbações do sono dos seus cônjuges trabalhadores por turnos. Segundo Smith e Folkard (1993, *in* Lourenço, Ramos, & Cruz, 2008, p. 5-6), os resultados da sua investigação revelaram que as esposas dos trabalhadores por turnos se sentiam infelizes com esta modalidade de trabalho dos maridos, e que as suas vidas eram desorganizadas substancialmente por esse tipo de trabalho, persuadindo os maridos para abandonarem esse regime de trabalho. O turno da noite está associado a um maior nível de *stress* familiar e social, problemas de sono e cansaço. O turno da tarde implica um maior suporte nas actividades domésticas e do cuidado com os filhos, por parte do outro cônjuge ou exigindo a activação de recursos externos. Esta linha de pensamentos é contrariada no estudo de Lourenço, Ramos e Cruz (2008) sobre as implicações do trabalho por turnos na vida familiar de enfermeiros, onde se conclui que os parceiros consideram que este regime de trabalho tem vantagens ao nível da dinâmica familiar, permitindo um melhor acompanhamento dos filhos, que representam uma prioridade na vida do casal. Uma das estratégias implementadas para minimizar as consequências negativas do trabalho por turnos foi o recurso aos avós, como fonte de suporte para o bem-estar dos filhos. As saídas em família têm que ser programadas atempadamente e alguns recorrem à troca de turnos para poder conciliar o horário de trabalho com as actividades familiares.

A escassez de recursos humanos, e os incentivos monetários associados aos turnos extraordinários, faz com que muitos profissionais ultrapassem o limite de horas semanais estipulado por lei. O desgaste profissional e o excessivo número de horas de exercício profissional são associados a uma diminuição do discernimento mental, necessário para a rápida decisão de actuação. Estes profissionais estão sujeitos a um nível elevado de *stress*, induzido quer pelo constante estado de alerta durante o turno, quer pelo cenário (algumas vezes desolador), ou pelo estado crítico de saúde das vítimas. A clareza de raciocínio na eleição de determinado protocolo de actuação é fundamental.

II – Objectivos

Tendo em consideração o efeito desorganizador na vida social e familiar do trabalho por turnos, e as reconhecidas implicações nos distúrbios do sono (Azevedo, 1980; Simões, 1999; Silva, 2000; Santos, 2003), formula-se uma pergunta de partida:

Como é que os profissionais de emergência médica, que trabalham por turnos, percebem as estratégias de *coping* e de resiliência das suas famílias, e a qualidade do sono, estando sujeitas a níveis de *stress* constantes?

Este estudo tem como fio condutor, a contextualização da problemática familiar, numa perspectiva sistémica, que justifica o estudo do comportamento de variáveis sócio-demográficas e familiares, considerando

2006). O segredo da sesta é não cair nos estágios de sono profundo, por isso é que se recomendam apenas entre 15 a 30 minutos de sesta.

um nível mais complexo de análise estatística.

O **objectivo geral** é a observação do comportamento de variáveis sócio-demográficas e familiares, na percepção das estratégias de *coping* e resiliência familiares, e a qualidade subjectiva do sono, dos profissionais do INEM, que trabalham por turnos, e indagar se a qualidade do sono, tem implicações ao nível da percepção de estratégias de *coping* e resiliência familiar.

Como **objectivos específicos** pretende-se:

- ✓ Compreender como é que os profissionais de emergência médica percebem as estratégias de *coping* familiar, tendo em conta a influência de variáveis sócio-demográficas e familiares;
- ✓ Averiguar a percepção dos processos de resiliência familiar dos sujeitos da amostra, de acordo com domínios do funcionamento familiar, atendendo à influência das variáveis sócio-demográficas e familiares,
- ✓ Analisar o índice da qualidade do sono dos profissionais de emergência médica, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e familiares;
- ✓ Perceber em que medida a qualidade do sono se relaciona com a percepção das estratégias de *coping* familiar e percepção da resiliência familiar?

Questão de investigação: As variáveis sócio-demográficas e familiares influenciam a percepção das estratégias de *coping* e resiliência familiares, e qualidade do sono dos profissionais de emergência médica que trabalham por turnos?

Admitindo uma melhor compreensão dos processos envolvidos no estudo, que possibilitem múltiplas interpretações, e forneçam uma base sólida para posteriores investigações, fomos assaltados pela curiosidade de averiguar a relação da variabilidade da qualidade do sono, na percepção das estratégias de *coping* e na percepção da resiliência familiar.

Por esse motivo, em determinada altura do estudo empírico, a variável Qualidade Subjectiva do Sono, assume uma nova configuração. Decorrente deste posicionamento, faz-se a análise da correlação entre o Índice de Qualidade Subjectiva do sono (PSQI), o Questionário de Forças Familiares (QFF) e o Inventário de Estratégias de *Coping* Familiar (F-COPES).

Modelo Conceptual

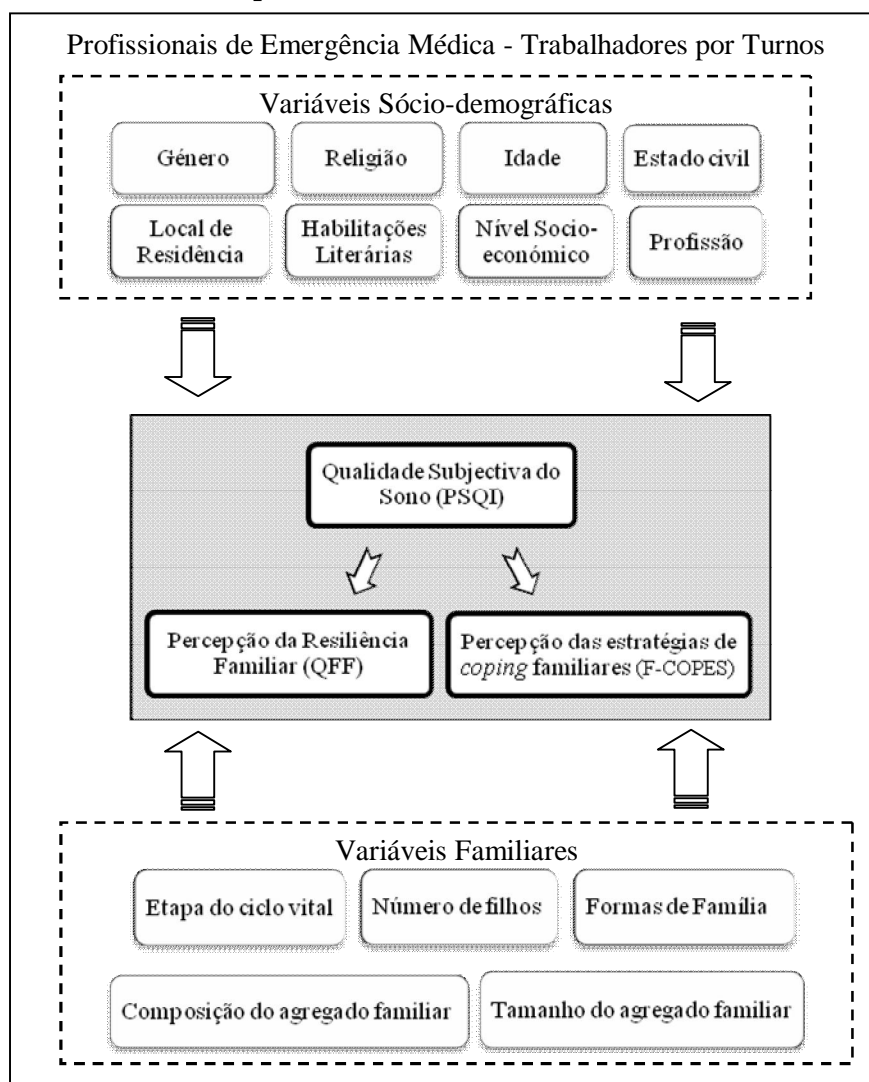


Figura 1 – Modelo Conceptual das relações entre as variáveis do estudo empírico

III – Metodologia

A metodologia e tipo de investigação realizada teve em conta os objectivos do estudo. Tais objectivos levaram a definir uma amostra capaz de traduzir a população a estudar, e a eleger como instrumentos questionários de auto-resposta.

No presente estudo utiliza-se uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por Enfermeiros de Suporte Imediato de Vida, e TAE's a prestar serviço no Serviço de Ambulâncias de Emergência (SAE)¹³, Operadores de Central de Emergência Médica (OPCEM) e Médicos Reguladores do CODU, da Delegação Centro.

3.1 - Recolha da Amostra

Dos procedimentos precedentes à recolha da amostra para o estudo em causa, consta um pedido formal à Delegada Regional do INEM da Delegação Centro, na figura da Dr.^a Regina Pimentel (anexo 1). O Presidente Nacional do INEM (Dr. Abílio Gomes) considerou pertinente o tema em

¹³ Que inclui TAE's das ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) e SIV.

estudo, conferindo autorização para se prosseguir com o trabalho de investigação, na Delegação Centro. A brevidade da autorização para a recolha da amostra, permitiu cumprir os prazos estipulados, neste projecto de investigação.

Como critério de selecção definimos que a nossa amostra seria constituída por trabalhadores por turnos, a desempenhar funções na Delegação Centro do INEM.

Assim optou-se por uma abordagem que, dentro dos constrangimentos específicos, maximizasse a participação destes profissionais. A recolha da amostra foi efectuada através do *e-mail* pessoal dos funcionários do INEM (<http://mail.inem.pt/Exchange/>), entre o dia 6 e 31 de Janeiro de 2009. O protocolo foi introduzido por uma carta de apresentação, esclarecedora do projecto de investigação e onde se salvaguardava a confidencialidade dos dados recolhidos (anexo 2). Após o preenchimento do protocolo¹⁴, os sujeitos que participaram neste estudo reenviaram o documento.

Numa população de 248 sujeitos, (138 TAE; 2 Psicólogos; 20 Médicos (em que três são funcionários do INEM e os restantes são colaboradores externos); 33 Enfermeiros; 55 OPCEM) foram recolhidos 90 protocolos, dos quais cinco foram excluídos por se encontrarem incompletos.

3.2 - Caracterização Sócio-Demográfica da amostra

A amostra deste estudo é composta por 85 sujeitos, de nacionalidade Portuguesa, em que 52,9% (n=45) são do género masculino, e 47,1% do género feminino (n= 40), com idades compreendidas entre os 20 e os 54 anos, que perfazem uma média de idades de 30.89 (DP = 6.88).

Os sujeitos da nossa amostra vivem num meio predominantemente urbano 88,1% (n= 74), e apenas, uma minoria de 2,4% (n= 2) reside numa zona predominantemente rural¹⁵.

As diferentes categorias profissionais fazem-se representar por 57,6% (n=49) TAE's; 23,5% (n=20) Enfermeiros; 10,6% de OPCEM's (n=9); 5,9% (n=5) Médicos e 2,7% (n=2) Psicólogos.

Podemos afirmar que, a amostra é constituída por sujeitos com um nível sócio-económico médio¹⁶, 89,4% (n=76). Relativamente às habitações literárias, 55,3% (n=47) da amostra possui uma licenciatura, e 41,2% (n=35) tem o 12º ano de escolaridade.

A maioria dos sujeitos refere não professar uma fé, 72,9% (n= 62), comparados com 27,1% (n=23) que alegam professar a religião católica. A maioria dos sujeitos é solteira (52,9%) (*cf.* quadro 1).

No que diz respeito à etapa do ciclo vital, os participantes dividem-se entre as diferentes opções consideradas. Com maior expressão regista-se a etapa da "Família lançadora", com 36,5% dos participantes, seguida de 15,3% (n=13) dos sujeitos que tem filhos pequenos ou em idade escolar", "Formação de casal" representa 14,1% (n=12), sendo que 11,8% (n=10) dos casais tem filhos em idade escolar e apenas uma minoria de 7,1% (n= 6) dos sujeitos tem filhos adolescentes. De notar que uma percentagem significativa de 15,3% (n=13) de indivíduos não se enquadra nesta classificação do ciclo vital da família.

¹⁴ O preenchimento do protocolo de investigação obedeceu a uma ordem pré-estabelecida: Questionário sócio-demográfico; QFF, F-COPES, Escala de *Epworth* e PSQI.

¹⁵ Para a tipologia das áreas urbanas, partimos da referência dos dados do Instituto Nacional de Estatística (1998).

¹⁶ Para a definição do nível sócio-económico, utilizámos a classificação de Mário Simões (1994).

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da amostra em função das variáveis sócio-demográficas

Variáveis sócio-demográficas	n	%	Variáveis sócio-demográficas	n	%
Género			Estado civil		
Masculino	45	52.9	Solteiro	45	52.9
Feminino	40	47.1	Casado	36	42.4
Idade			Divorciado	3	3.5
Entre 20 a 26 anos	23	27.1	Re-casado	1	1.2
Entre 27 a 30 anos	30	35.3	Meio de Residência		
Mais de 30 anos	32	37.6	Predominante urbano	74	88.1
Profissão			Medianamente urbano	8	9.5
Médico	5	5.9	Predominante rural	2	2.4
Enfermeiro	20	23.5	Religião		
TAE	49	57.6	Católica	23	27.1
OPCEM	9	10.6	Não católica	62	72.9
Psicólogo	2	2.4	Nível sócio-económico		
Habilitações literárias			NE médio	76	89.4
Ensino secundário	35	41.2	NE alto	9	10.6
Ensino médio	3	3.5			
Ensino superior	47	55.3			

Considerando a descrição familiar dos participantes foi possível perceber que a composição do agregado familiar mais comum é aquela em que pais e filhos coabitam (67.1%), existindo outras composições familiares (22.4%) para além desta e do simples casal (10.6%). Dos sujeitos que têm filhos, a grande maioria tem apenas um filho (66.7%), existindo também alguns casais com dois filhos (29.6%). Em menor escala estão as famílias com três filhos (3,7%).

De facto, 34.1% dos participantes declaram que o seu agregado familiar é constituído por 3 pessoas e 24.7% por 4. Ainda se regista uma percentagem de 21.2% da amostra a viver num agregado familiar constituído por duas pessoas e, 12.9% dos participantes declararam que o seu agregado familiar é unipessoal. O caso menos comum a este nível diz respeito a agregados familiares com mais de 4 pessoas (6.1%).

Considerando os tipos de família dos participantes no estudo, foi possível perceber que a grande maioria pertence a uma família nuclear intacta (85.5%). Ainda se contam casos de famílias monoparentais (7.9%), e em processo de pós-divórcio (5.3%), registando-se um único participante que vive numa família reconstituída (1,3%) (*cf.* quadro 2).

3.3 - Instrumentos

Este estudo faz parte de uma investigação mais alargada que está a desenvolver um projecto de investigação com o objectivo de identificar a percepção que as famílias portuguesas têm das situações de *stress* familiar, bem como a percepção das estratégias de *coping* familiar. Pretende-se ainda caracterizar a percepção da resiliência familiar em situações específicas de vida e/ou etapas de desenvolvimento pessoal e familiar.

O protocolo de investigação é constituído por cinco instrumentos: Questionário Sócio-Demográfico, Inventário de Estratégias de *Coping* Familiar (F- COPES) Versão NUSIAF- SISTÉMICA (Validado, 2008), Questionário de Forças Familiares (Melo, & Alarcão, 2007) e Escala de *Epworth* (*Epworth Sleepiness Scale*) e o Índice da Qualidade Subjectiva do Sono de *Pittsburgh* (PSQI).

Quadro 2 – Caracterização da amostra em função das variáveis familiares

Variáveis familiares	n	%	Variáveis familiares	n	%
Composição do agregado			Etapa do ciclo vital		
Casal	9	10.6	Casal sem filhos	12	14.1
Pai(s)+filho(s)	57	67.1	Filhos pequenos ou pré-escolar	13	15.3
Outras composições familiares	19	22.4	Filhos idade escolar	10	11.8
Número de filhos			Filhos adolescentes	6	7.1
1 filho	18	66.7	Família lançadora	31	36.5
2 filhos	8	29.6	Não se aplica	13	15.3
3 filhos	1	3.7	Formas de família		
Tamanho do agregado			Nuclear intacta	65	85.5
1 pessoa	11	12.9	Pós-divórcio	4	5.3
2 pessoas	18	21.2	Monoparental	6	7.9
3 pessoas	29	34.1	Reconstituída	1	1.3
4 pessoas	21	24.7			
Mais de 4 pessoas	6	6.1			

Para responder a uma solicitação e preocupação da Dr.^a Regina Pimentel, Delegada Regional do INEM aplicou-se a Escala de Sonolência Diurna (Escala de *Epworth*). Assumimos o compromisso de um posterior tratamento estatístico dos dados com ela recolhidos, análise e discussão dos seus resultados, pois não era adequado realizá-lo na presente dissertação.

Em seguida, apresentamos uma breve descrição Dos instrumentos que foram sujeitos a análise no trabalho agora redigido.

3.3.1 - Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico foi construído pelos alunos de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família, no ano lectivo 2006-2007 e, nessa altura era acompanhado por uma ficha de dados complementares, que no actual ano lectivo sofreu uma integração. Este instrumento de recolha de dados permite-nos aceder a informações que nos ajudam a fazer a caracterização da amostra. As variáveis consideradas são: Idade; Género; Profissão; Nível de Escolaridade; Estado Civil; Local de Residência; Nacionalidade; Religião; Composição do Agregado Familiar; Doença Crónica na Família; Morte e Divórcio de alguém significativo; e Apoio Psicológico.

A etapa do ciclo vital da família e o nível sócio-económico são dois campos cujo preenchimento é da responsabilidade do investigador.

O preenchimento do quadro relativo à doença crónica ilustra-nos qual o elemento da família, que tipo de doença, data do diagnóstico, tipo de acompanhamento, fase de evolução da doença crónica (1- Crise; 2- Crónica; 3- Terminal), situação actual (1- Estabilizada; 2- Em remissão; 3- Em crise) e o impacto da doença na família (1- Ligeiro; 2- Moderado; 3- Forte).

O quadro relativo à Morte identifica quem morreu, a idade que tinha quando morreu, a causa da morte, se era um acontecimento esperado ou inesperado, há quanto tempo ocorreu e a fase do luto em que se encontra.

Pergunta-se ainda se alguém significativo se divorciou, quem, se foi um acontecimento esperado ou inesperado, há quanto tempo ocorreu e qual o impacto na sua vida (1- Ligeiro; 2- Moderado; 3- Forte).

Em seguida, tentamos recolher dados que nos permitam perceber se o sujeito respondente, ou algum elemento da família, recorreu em algum momento a algum tipo de apoio psicológico, e a que tipo de instituição recorreu (1- Centro de Saúde; 2- Hospital; 3- Consultório Privado; 4- Instituição de Solidariedade Social), por que motivo, qual o tipo de pedido (1- Terapia Individual; 2- Terapia Familiar; 3- Terapia de casal; 4- outro), qual a duração do apoio psicológico, e se actualmente mantém esse apoio.

O campo seguinte a ser preenchido diz respeito ao tipo de apoios com que a família pode contar, em situação de doença ou outro tipo de dificuldades. Solicita-se que disponham, por ordem decrescente (1- mais importante/mais utilizado e 4- menos importante), as opções: família chegada, família alargada, instituições e comunidade.

As últimas quatro perguntas do questionário sócio-demográfico, que utilizando uma escala tipo *Likert* aspiram avaliar o *stress* na família, (1- muito pouco; 5- muitíssimo); a qualidade de vida da família (1- muito boa; 5- muito má); a avaliação das forças / capacidades da família para lidar com os problemas (1- muito más; 5 muito boas) e por fim, a percepção da adaptação da família às dificuldades (1- muito mal; 5- muito bem).

3.3.2 - Inventário de Estratégias de *Coping* Familiar (F- COPES)

Para a avaliação das estratégias de *coping* familiar foi utilizado o Inventário de Estratégias de *Coping* Familiar (F-COPES) - Versão NUSIAF-SISTÉMICA (Validado, 2008).

Ao longo do texto, para nos referirmos ao F-COPES, vamos utilizar a designação de Inventário, ao invés de Escalas, uma vez que ele representa apenas um único instrumento de avaliação (Martins, 2008). F- COPES (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*) é um inventário de auto-resposta, desenvolvido por Hamilton McCubbin, David Olson e Andrea Larsen, no ano 1981, com a intenção de identificar estratégias comportamentais e de resolução de problemas a que as famílias recorrem em situações difíceis ou problemáticas (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981).

Este instrumento é composto por 30 itens que avaliam as estratégias de *coping* utilizadas pela família e, focalizadas em dois níveis de interacção: estratégias de *coping* internas e externas. Consiste numa escala de resposta tipo *Likert*, com cinco alternativas, em que (1) corresponde a discordo muito; (2) discordo moderadamente; (3) nem concordo nem discordo; (4) concordo moderadamente; (5) concordo muito.

Os factores Reenquadramento e Avaliação Passiva, dizem respeito a estratégias de *coping* internas¹⁷ e os restantes (Aquisição de Apoio Social e Formal e o Apoio Espiritual) são agrupados nas estratégias de *coping* externas¹⁸. As estratégias mencionadas envolvem os recursos familiares (estratégias de *coping* internas) e os recursos sociais e comunitários (estratégias de *coping* externas), pelo que, na análise dos dados podemos extrair valores que se reportam aos factores e a um *score* total das estratégias de *coping* (Olson et al., 1985).

O item 18 foi retirado por Olson e colaboradores (1993), e por Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990) na versão portuguesa do instrumento, por não se enquadrar em nenhuma sub-escala. A utilização deste instrumento, no protocolo da equipa de investigação do Mestrado já

¹⁷ As estratégias de *coping* internas estão relacionadas com a forma como o sistema familiar (cada elemento da família) enfrenta a suas dificuldades, mobilizando recursos que existem dentro da própria família (Olson et al., 1985).

¹⁸ As estratégias de *coping* externas dizem respeito aos recursos obtidos/procurados fora do núcleo familiar (Olson et al., 1985).

referido, a partir do ano lectivo 2006-2007, repõe o item 18, concordante com as versões inglesa, espanhola e francesa do F-COPES (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 2001, *in* Dores, 2008).

De acordo com o estudo de validação para a população portuguesa de Martins (2008), verificou-se que a organização do inventário em sete factores explica 58,77% da variância, uma boa consistência interna (0.85) e uma correlação de todos os itens com o *score* total, proporcionando cinco subescalas: Reenquadramento, 0.79; Procura de Apoio Espiritual, 0.85; Aquisição de Apoio Social nas Relações de Vizinhaça, 0.82; Aquisição de Apoio Social nas Relações Íntimas, 0.77; Mobilização de Apoio Formal, 0.70, que permitem a avaliação de forma independente de cinco estratégias de *coping* e duas dimensões (Atitude Passiva e Avaliação Passiva).

3.3.3 - Questionário de Forças Familiares (QFF)

Para a avaliação da resiliência familiar recorremos ao Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007). Este instrumento foi inspirado no Modelo de Resiliência Familiar de Froma Walsh (2003, 2006). Este questionário é constituído por 29 itens, que descrevem as características dos processos de funcionamento familiar, de acordo com três processos: sistemas de crenças familiares, padrões de organização familiar e comunicação/ /processos de resolução de problemas. Trata-se de uma escala de resposta tipo *Lickert*, em que o respondente selecciona uma das cinco opções: (1) Nada parecidas; (2) Pouco parecidas; (3) Mais ou menos parecidas; (4) Bastante parecidas; (5) Totalmente parecidas, para classificar o grau em que as características mencionadas são parecidas com as da sua família.

No estudo de Mendes (2008), constatou-se que este instrumento se encontra organizado em seis factores, que explicam 62.25% da variância total: Factor 1- Crenças e Comunicação (itens 10, 11, 15, 16, 21, 24, 25, 26 e 28, com $\alpha = 0.89$); Factor 2- Capacidade de Adaptação (itens 18, 20, 22 e 23, com $\alpha = 0.80$); Factor 3 – Clima Familiar Positivo e Coesão (itens 1, 2, 3, 6 e 14, com um $\alpha = 0,85$); Factor 4 – Organização da vida familiar e tomada de decisão (itens 5, 9, 12, 13 e 29, comum $\alpha = 0.80$); Factor 5 – Individualidade (itens 4, 7 e 8, com um $\alpha = 0.74$); Factor 6 – Apoio Social (itens 17, 19 e 27, com um $\alpha = 0.70$). O QFF revela uma consistência interna de $\alpha = 0,932$. O fundamental trabalho de validação para a população portuguesa encontra-se em fase adiantada, no contexto de Dissertação de Doutoramento de Ana Melo.

3.3.4 - Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

O instrumento escolhido nesta investigação para avaliar a medida subjectiva da qualidade do sono foi o *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. O PSQI foi elaborado por Buysse, no ano de 1989, e avalia a qualidade subjectiva do sono em relação ao último mês, fornecendo um índice de gravidade e a natureza do transtorno (Buysse, Reynolds, & Monk, 1989), sendo um instrumento com confiabilidade e validade previamente estabelecidas. O PSQI foi desenvolvido com o objectivo de fornecer uma medida de qualidade do sono padronizada, fácil de ser respondida e interpretada, que discriminasse os “bons dormidores”, dos “maus dormidores” e, além disso, que fosse clinicamente útil na avaliação de vários transtornos do sono que pudessem afectar a qualidade do sono.

Este questionário é composto por 19 (dezanove) itens, que são agrupadas em sete componentes, cada um pontuado numa escala de zero a três. Os componentes são: (1) a qualidade subjectiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a duração do sono; (4) a eficiência habitual do sono; (5) transtornos do sono; (6) o uso de medicamentos para dormir; (7) a disfunção

diurna. Os *scores* dos sete componentes são somados para obtermos uma pontuação global do IQSP, que varia entre zero e 21, em que quanto maior for a pontuação, pior a qualidade do sono. Um *score* global do IQSP de 0-4 indica boa qualidade do sono; de 5-10 indica má qualidade do sono e um PSQI global superior a 10 indica a existência de um distúrbio do sono (Buysse et al., 1989).

Desde a sua elaboração o PSQI tem sido amplamente utilizado para medir a qualidade do sono em diferentes grupos, nomeadamente nos doentes com insuficiência renal crónica, diabéticos, portadores de dor crónica, doença de *Parkinson*, doença inflamatória intestinal crónica, asma e cancro, para além dos doentes com transtornos do foro psiquiátrico e transtornos do sono. Dos estudos que comparam vários instrumentos de medida dos padrões de sono-vigília evidenciam uma taxa razoável de concordância entre auto e heretro-monitorização do padrão de sono.

No presente estudo foi utilizada a versão adaptada, mas ainda não validada para a população portuguesa (Ceolin & Menna-Barreto, 2000).

IV – Resultados

4.1 - Procedimentos de análise dos dados

Para a construção da base de dados no programa do *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 15, houve necessidade de se codificar os resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação. Para a caracterização da amostra recorremos à estatística descritiva (frequências, percentagens, médias e desvio padrão). Com o objectivo de avaliar a normalidade da distribuição das VD's em função das VI's utilizámos o teste *Kolmogov-Smirnov (K-S)* e *Shapiro-Wilk* (anexo 4).

Com a aplicação do teste K-S verificamos a possibilidade de utilizar testes paramétricos em várias condições que nos propomos estudar, uma vez que a normalidade estava assegurada. Todavia, quando este pressuposto não era obedecido, recorremos aos testes não paramétricos.

Se a distribuição de todos os grupos que comparamos são normais usamos o teste *t de Student* para comparar 2 grupos e a ANOVA para comparar mais de 3 grupos e teste de *Bonferroni (pos-hoc)*. Se não forem normais usamos o teste de *Mann-Whitney* (não paramétrico), para comparar 2 grupos e a *Kruskal-Wallis* para comparar mais de 3 grupos. Para a associação entre 2 variáveis nominais usamos o *Qui-Quadrado*. O coeficiente de correlação de *Pearson* foi utilizado para analisar a associação do tipo linear entre as VD's.

A presente investigação partiu da aplicação de três escalas distintas, nomeadamente o F-COPES, o QFF e o PSQI.

Para garantir a interpretabilidade dos dados, procurou-se averiguar o nível de consistência interna de cada escala em geral, e em cada factor ou componente que a compõe. Nesse sentido, foi possível constatar que a escala F-COPES mostra bons níveis de consistência interna ao nível da escala geral (0.815), e níveis aceitáveis no que diz respeito aos factores “Reenquadramento” (0.738), “Procura de apoio espiritual” (0.788), “Aquisição de apoio social – Relações de vizinhança” (0.733) e “Aquisição de apoio social – Relações íntimas” (0.774). Em oposição, os factores “Mobilização de apoio formal” (0.538), “Aceitação passiva” (0.261) e “Avaliação passiva” (0.232) apresentam valores de *alfa* de Cronbach considerados inaceitáveis, segundo Pestana e Gageiro (2005) (*cf.* quadro 3).

Quadro 3 – Valores de consistência interna para o F-COPES

Factor	N.º de itens	Alpha de Cronbach
Reenquadramento	7	0.738
Procura de apoio espiritual	4	0.788
Aquisição de apoio social - Relações de vizinhança	3	0.733
Aquisição de apoio social- Relações íntimas	6	0.774
Mobilização de apoio formal	3	0.538
Aceitação passiva	3	0.261
Avaliação passiva	3	0.232
Estratégias de <i>coping</i> internas	17	0,624
Estratégias de <i>coping</i> externas	13	0,793
Escala total	30	0.815

O QFF apresenta níveis elevados de consistência interna, ao nível da escala geral (0.952), sendo que nos factores “Crenças e comunicação” (0.895), “Clima familiar positivo e coesão” (0.828), “Organização da vida familiar e tomada de decisão” (0.803) registam-se valores bons valores de alfa e, em “Capacidade de adaptação” (0.676), “Individualidade” (0.610) e “Apoio social” (0.712), os valores de consistência interna podem ser considerados razoáveis (*cf.* quadro 4).

Quadro 4 – Valores de consistência interna para o QFF

Factores	N.º de itens	Alpha de Cronbach
Crenças e comunicação	9	0.895
Capacidade de adaptação	4	0.676
Clima familiar positivo e coesão	5	0.828
Organização da vida familiar e tomada de decisão	5	0.803
Individualidade	3	0.610
Apoio social	3	0.712
Escala total	29	0.952

Por sua vez, o PSQI, também revelou níveis de consistência interna razoáveis, na medida em que entre as 7 componentes consideradas, o *alfa* de Cronbach calculado toma o valor de 0.719.

Respeitando o modelo conceptual, em seguida, teremos em conta o impacto das variáveis sócio-demográficas (Género, Idade, Profissão, Habilitações literárias¹⁹, Estado civil²⁰, Local de residência, Religião, Nível socio-económico) e familiares (Composição do agregado familiar, Etapa do ciclo vital, Formas de família²¹, Número de filhos e Tamanho do agregado familiar) ao nível dos resultados das escalas aplicadas (F-COPES, QFF, PSQI).

Este estudo baseou-se na aplicação de testes de comparação de médias (ou tendências centrais, no caso das técnicas não paramétricas) entre os grupos definidos pelas primeiras variáveis (socio-demográficas e familiares)

¹⁹ Uma vez que apenas dois sujeitos possuem o ensino médio, o estudo das relações com a variável Habilitações literárias será realizado mediante a comparação dos três níveis definidos (Ensino secundário, Ensino médio, Ensino superior), sendo sempre repetida a análise entre os grupos mais numerosos (Ensino secundário e Ensino superior).

²⁰ Para as análises estatísticas optou-se por transformar a variável Estado civil de quatro níveis (solteiro, casado, divorciado, re-casado), tal como foi apresentada ao nível da caracterização da amostra, para uma variável de três níveis (solteiro, casado e outro estado civil), de forma a equilibrar o número de sujeitos nos grupos em comparação.

²¹ Nas análises comparativas entre os grupos definidos pela variável Formas de família, não se considerou o nível “Família reconstituída”, uma vez que aí apenas figura um sujeito.

e as pontuações nas escalas, sendo que as relações com as variáveis Número de filhos e Tamanho do agregado familiar foram avaliadas mediante o cálculo do Coeficiente de Pearson, por serem variáveis contínuas.

Dada a abrangência da análise, optamos por reportar em detalhe apenas os resultados mais pertinentes.

Considerando os resultados que dizem respeito às **estratégias de coping familiares** (F-COPES), foi possível identificar algumas relações significativas com variáveis sócio-demográficas (nomeadamente: Género, Habilitações literárias, Estado civil, Religião e Nível sócio-económico), sendo que nenhuma das variáveis familiares parece ter implicações nos resultados na escala.

Neste âmbito, concluímos que os elementos do género feminino pontuam de forma significativamente mais elevada na Aquisição de apoio social pelas relações íntimas ($M = 19.77$, $DP = 3.44$) relativamente aos elementos do género masculino [$M = 17.84$, $U = -597.00$, $p < .05$]. No mesmo sentido, o grupo feminino mostra resultados superiores aos do grupo masculino, no que diz respeito ao uso de estratégias de *coping* externas [$M_{Masculino} = 33.20$ ($DP = 6.42$), $M_{Feminino} = 35.92$ ($DP = 6.09$); $t(82) = -1.986$, $p < .05$].

No que concerne à Mobilização de apoio formal foi possível concluir que os resultados flutuam mediante o nível de escolaridade [$U = 621.00$, $p < .05$]. Efectivamente, os elementos com ensino superior mostraram resultados mais elevados neste ponto ($M = 6.53$, $DP = 1.78$) do que os elementos com o ensino secundário ($M = 5.69$, $DP = 1.97$). A variável Estado civil, por sua vez, revelou-se pertinente ao nível de Avaliação passiva ($\chi^2 = 6.222$, $p < .05$), onde os sujeitos solteiros ($M = 7.55$, $DP = 1.32$) pontuaram de forma estatisticamente superior face aos sujeitos casados [$M = 6.92$, $DP = 1.18$; $U = 558.50$, $p < .05$]. A religião dos participantes também parece ter implicações no tipo de estratégias de *coping* familiares, na medida em que os sujeitos de religião não católica pontuam de forma estatisticamente superior em Procura de apoio espiritual ($M = 10.41$, $DP = 2.82$; $U = -4.768$, $p < .05$), e em Estratégias de *coping* externas ($M = 35.56$, $DP = 6.32$; $t(82) = -2.65$, $p < .05$) relativamente aos participantes de religião católica ($M = 7.13$, $DP = 1.84$ e $M = 31.56$, $DP = 5.69$, respectivamente). Por fim, os resultados em Reenquadramento ($U = 203.500$, $p < .05$), Aceitação passiva ($U = 198.500$, $p < .05$) e Estratégias de *coping* internas ($U = 201.500$, $p < .05$) revelaram-se significativamente superiores nos participantes de nível sócio-económico mais elevado ($M = 27.44$, $DP = 2.19$; $M = 11.78$, $DP = 0.97$ e $M = 35.11$, $DP = 2.76$ respectivamente) quando comparados com os de nível sócio-económico médio ($M = 26.01$, $DP = 2.97$; $M = 10.53$, $DP = 1.64$ e $M = 33.24$, $DP = 3.33$, respectivamente).

Os resultados no **Questionário de Forças Familiares** também variaram apenas em função de determinadas variáveis sociodemográficas (neste caso: Idade, Profissão, Habilitações literárias, Local de residência, Religião e Nível sócio-económico), sendo que, nenhuma das variáveis familiares consideradas se revelou pertinente a este nível.

Neste questionário, a idade dos participantes mostrou-se relevante [$F(2,81) = 3.600$, $p < .05$]. Com base no teste de comparações múltiplas (*Bonferroni*) foi possível constatar que os participantes mais velhos (com mais 30 anos) pontuaram de forma mais elevada na componente Organização da vida familiar e tomada de decisão ($M = 19.61$, $DP = 3.30$), quando comparado com os participantes mais novos ($M = 17.09$, $DP = 3.58$). Outras variáveis se mostraram pertinentes quanto a este componente do questionário, nomeadamente a profissão ($\chi^2 = 12.18$, $p < .05$), em que os enfermeiros mostraram pontuações mais elevadas ($M = 19.95$, $DP = 2.64$)

relativamente aos TAE's ($M = 17.22$, $DP = 3.84$); as habilitações literárias ($\chi^2 = 11.51$, $p < .05$), onde os participantes com o 12.º ano ($M = 17.49$, $DP = 3.18$) pontuaram mais do que os sujeitos com o ensino médio ($M = 10.50$, $DP = 2.12$; $U = 4.00$, $p < .05$) e significativamente menos que os sujeitos com o ensino superior ($M = 19.17$, $DP = 3.74$; $U = 545.00$, $p < 0.05$); e a religião, em que se destacam as pontuações dos sujeitos não católicos ($M = 18.87$, $DP = 3.30$) relativamente aos católicos ($M = 16.65$, $DP = 4.48$; $t(82) = -2.48$, $p < .05$).

Por outro lado, as pontuações em Clima familiar positivo e coesão variaram significativamente entre o local de residência ($\chi^2 = 6.28$, $p < .05$), no sentido em que os participantes residentes em locais medianamente urbanos ($M = 21.25$, $DP = 2.49$) tiveram pontuações superiores em relação aos residentes de locais predominantemente urbanos ($M = 18.59$, $DP = 3.46$; $U = 152.500$, $p < .05$). O factor Individualidade, por sua vez, parece ser em parte explicado pelo nível sócio-económico dos participantes ($U = 186.5$, $p < .05$), uma vez que os participantes com um nível sócio-económico elevado ($M = 13.33$, $DP = 1.66$) mostram pontuações significativamente superiores às dos participantes de nível sócio-económico médio ($M = 11.73$, $DP = 2.02$). A este nível é ainda importante dizer que, a pontuação total do QFF varia mediante as habilitações literárias ($\chi^2 = 6.538$, $p < .05$) e a religião ($t(82) = -2.015$, $p < .05$), em que os participantes com ensino médio ($M = 81.00$, $DP = 1.41$) e os católicos ($M = 101.87$, $DP = 18.17$) mostram pontuações significativamente mais baixas relativamente aos participantes com habilitações mais elevadas ($M_{\text{Ensino superior}} = 110.02$, $DP = 17.89$; $M_{\text{Ensino secundário}} = 106.57$, $DP = 15.26$) e aos participantes não católicos ($M = 110.16$, $DP = 16.31$), respectivamente.

No caso do **Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg** foram identificadas relações significativas com algumas variáveis sócio-demográficas (Idade, Habilitações literárias, Estado civil e Nível sócio-económico) e familiares (Composição do agregado familiar e Etapa do ciclo vital).

Neste sentido, foi possível perceber que a componente Latência para o sono varia mediante a idade dos participantes da amostra ($\chi^2 = 8.553$, $p < .05$). Mais especificamente, regista-se que, sujeitos mais velhos (com mais de 30 anos) se associam a pontuações mais baixas ($M = 0.56$, $DP = 0.67$) relativamente aos restantes grupos etários, isto é, em relação aos participantes com idades entre os 20 e os 26 anos ($M = 1.13$, $DP = 0.82$; $U = 226.50$, $p < .05$) e aos participantes entre os 27 e os 30 anos ($M = 1.00$, $DP = 0.79$; $U = 331.00$, $p < .05$). A mesma componente também varia em função do Estado civil dos sujeitos ($\chi^2 = 8.24$, $p < .05$), sendo que os solteiros pontuam de forma superior ($M = 1.09$, $DP = 0.79$) em relação aos sujeitos casados ($M = 0.61$, $DP = 0.73$; $U = 533.50$, $p < .05$).

É de sublinhar que a variável idade se revela pertinente, nos resultados da amostra noutras componentes do PSQI. As pontuações no componente Uso de medicamentos dependem da idade ($\chi^2 = 6.83$, $p < .05$) e do nível de escolaridade ($\chi^2 = 18.40$, $p < .05$). Mais especificamente, de acordo com os resultados gerados foi possível perceber que os sujeitos com idades compreendidas entre os 27 a 30 anos pontuam de forma superior ($M = 0.43$, $DP = 1.04$) que os sujeitos mais novos ($M = 0.00$, $DP = 0.00$; $U = 287.50$, $p < .05$). Por outro lado, os participantes com o ensino médio ($M = 1.33$, $DP = 1.53$) mostraram pontuações superiores neste componente em relação aos restantes participantes, tanto com o ensino secundário ($M = 0.00$, $DP = 0.00$; $U = 17.50$, $p < .05$), como com o ensino superior ($M = 0.21$, $DP = 0.75$; $U = 30.50$, $p < .05$).

No que diz respeito à Qualidade subjectiva do sono, registou-se uma

diferença estatisticamente significativa ($U = 174.00$, $p < .05$) entre o grupo de nível sócio-económico médio ($M = 1.25$, $DP = 0.77$) e o grupo de nível sócio-económico alto ($M = 0.56$, $DP = 0.53$), sendo os primeiros a mostrarem as pontuações mais baixas.

De todas as variáveis familiares consideradas apenas a Composição do agregado familiar e Etapa do ciclo vital se mostraram pertinentes para os resultados da escala, a primeira ao nível das pontuações em Transtornos de sono ($\chi^2 = 8.24$, $p < .05$) e a segunda nas pontuações em Latência para o sono ($\chi^2 = 10.91$, $p < .05$). Efectivamente, os participantes de um agregado familiar composto por pais e filhos mostraram pontuações estatisticamente inferiores em Transtornos de sono ($M = 1.09$, $DP = 0.51$) às pontuações dos participantes de outros tipos de agregados ($M = 1.37$, $DP = 0.50$). Por outro lado, as pontuações em Latência para o sono são superiores nos casais sem filhos ($M = 1.00$, $DP = 0.85$) do que em sujeitos nos casais com filhos em idade escolar ($M = 0.30$, $DP = 0.48$; $U = 30.00$, $p < .05$). A este nível ainda foi possível perceber que, os participantes de uma família lançadora ($M = 1.10$, $DP = 0.91$) mostram pontuações mais elevadas nesse mesmo componente (Latência para o sono), relativamente a casais com filhos pequenos ($M = 0.62$, $DP = 0.65$; $U = 131.00$, $p < .05$) e a casais com filhos em idade escolar ($M = 0.30$, $DP = 0.48$; $U = 66.50$, $p < .05$).

A aplicação do inventário que mede a qualidade do sono no último mês (PSQI), para além da avaliação de diferentes componentes, permite a definição de dois grupos em função do tipo de sono dos respondentes: normal ou patológico.

Na presente amostra identificou-se uma preponderância de sujeitos com uma má qualidade de sono, mais precisamente, 64.7% dos participantes fazem parte do grupo patológico, enquanto 35.3% dos participantes mostram uma qualidade de sono normal. A salientar que, esta diferença tem valor estatístico, isto é, não é devida ao acaso ($\chi^2 = 7.35$, $p < .05$).

Considerando os dois grupos definidos (sono normal e sono patológico) não foi possível encontrar diferenças com relevância estatística em função de nenhuma das variáveis sociodemográficas ou familiares.

Os resultados referentes às estratégias de *coping* familiares (F-COPES) parecem não depender da qualidade de sono, e no QFF apenas no factor 3: Clima familiar positivo e coesão os resultados variam em função da qualidade do sono ($U = 561.00$, $p < .05$). De facto, os participantes com um sono normal ($M = 19.93$, $DP = 3.23$) mostram pontuações mais elevadas neste ponto em relação aos participantes com um sono patológico ($M = 18.26$, $DP = 3.42$).

Prosseguimos a análise considerando as correlações estabelecidas entre as componentes do PSQI, com o Inventário F-COPES e o QFF. Como se pode observar no quadro 5, os factores e resultado final do F-COPES não estabelecem correlações relevantes com as dimensões do PSQI.

De facto, as correlações significativas mais pertinentes são negativas e estabelecem-se entre as componentes Qualidade subjectiva do sono, Transtornos no sono, Uso de medicamentos para dormir, Disfunção diurna e o resultado final do índice PSQI com determinadas componentes do QFF.

Mais especificamente, as pontuações em Qualidade subjectiva do sono e Uso de medicamentos para dormir encontram-se negativamente relacionadas com a Individualidade ($r^2 = -.32$, $p < .01$ e $r^2 = -.32$, $p < .01$, respectivamente). A componente: Transtornos do sono associa-se a todas as dimensões do QFF, excepto com Capacidade de adaptação e Apoio social.

Por sua vez, a Disfunção diurna associa-se negativamente a Clima familiar positivo e coesão ($r^2 = -.32$, $p < .01$).

O resultado global da escala ainda se associa de forma significativa e

relevante com as dimensões Clima familiar positivo e coesão ($r^2 = .39$, $p < .01$), Organização da vida familiar e tomada de decisão ($r^2 = .30$, $p < .01$), Individualidade ($r^2 = .33$, $p < .01$) e o QFF total ($r^2 = .33$, $p < .01$).

Quadro 5 – Coeficientes de Pearson entre PSQI, F-COPES e QFF

	PSQI	Qualidade subjectiva do sono	Latência para o sono	Duração do sono	Eficiência habitual do sono	Transtornos no sono	Uso de medicamentos para dormir	Disfunção diurna	PSQI (total)
F-COPES									
Reenquadramento		-.16	-.01	.11	.04	-.11	-.24*	-.04	-.10
Procura de apoio espiritual		-.11	-.08	-.01	-.01	-.06	-.02	-.15	-.13
Aquisição de apoio social – Relações de vizinhança		.17	.06	.09	.08	.10	-.04	-.14	.01
Aquisição de apoio social – Relações íntimas		.16	.15	.02	.06	.04	-.24*	-.11	-.04
Mobilização de apoio formal		.12	-.04	-.12	-.05	.11	.10	-.09	-.01
Aceitação passiva		-.05	.10	.27*	.28**	.03	-.29**	.02	.04
Avaliação passiva		.08	.16	-.02	.02	.16	-.05	-.13	.00
Estratégias de <i>coping</i> internas		-.11	.06	.08	.04	-.03	-.23*	-.09	-.09
Estratégias de <i>coping</i> externas		.10	.07	.04	.06	.03	-.16	-.18	-.08
F-COPES total		.05	.08	.06	.08	.05	-.19	-.17	-.08
Forças familiares									
Crenças e comunicação		-.23*	-.14	.00	-.05	-.36**	-.24*	-.17	-.28*
Capacidade de adaptação		-.23*	-.10	.09	.01	-.25*	-.25*	-.14	-.22*
Clima familiar positivo e coesão		-.24*	-.17	-.08	-.09	-.33**	-.27*	-.32**	-.39**
Organização da vida familiar e tomada de decisão		-.22*	-.18	-.04	-.09	-.31**	-.15	-.21	-.30**
Individualidade		-.32**	-.14	-.03	-.04	-.34**	-.32**	-.19	-.33**
Apoio social		.02	.09	-.01	.03	-.19	-.20	-.16	-.14
QFF Total		-.24*	-.14	-.02	-.06	-.36**	-.26*	-.23*	-.33**

*correlação significativa a um nível de $p < .05$

**correlação significativa a um nível de $p < .01$

A análise das correlações entre todas as componentes do F-COPES e do QFF (cf. quadro 6), mostra que várias componentes das duas escalas se relacionam entre si, de forma relevante e positiva.

De facto, as dimensões Reenquadramento, Aquisição de apoio social – Relações íntimas, Estratégias de *coping* internas, Estratégias de *coping* externas e F-COPES Total relacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa, com todas as componentes do QFF e, com o resultado final do questionário.

Ainda devemos indicar que, a dimensão Procura de apoio espiritual, se associa de forma estatisticamente significativa com Crenças e comunicação ($r^2 = .31$, $p < .01$), Organização da vida familiar ($r^2 = .37$, $p < .01$) e o resultado final da escala ($r^2 = .32$, $p < .01$).

A Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhança correlaciona-se significativamente com a dimensão Apoio social do questionário ($r^2 = 0.37$, $p < .01$) e Aceitação passiva com Capacidade de adaptação ($r^2 = 0.36$, $p < .01$). Apenas o factor Mobilização de apoio formal não mostrou qualquer correlação significativa com as componentes do QFF.

Quadro 6 – Coeficientes de Pearson entre F-COPES e QFF

F- COPES	QFF	Crenças e comunicação	Capacidade de adaptação	Clima Familiar	Organização da vida familiar	Individualidade	Apoio social	QFF Total
Reenquadramento		.54**	.65**	.48**	.37**	.48**	.35**	.55**
Procura de apoio espiritual		.31**	.17	.28*	.37**	.24*	.19	.32**
Aquisição de apoio social			.17	.05	.14	.21	-.03	.37**
Relações de vizinhança								.19
Aquisição de apoio social								
Relações íntimas		.52**	.35**	.47**	.45**	.31**	.53**	.52**
Mobilização de apoio formal		.16	-.05	.12	.21	-.021	.17	.14
Aceitação passiva		.24*	.36**	.25*	.19	.27*	.18	.28*
Avaliação passiva		-.10	-.2	-.01	-.05	-.05	-.01	-.08
Estratégias de <i>coping</i> internas		.44**	.49**	.42**	.31**	.40**	.30**	.46**
Estratégias de <i>coping</i> externas		.50**	.30**	.45**	.51**	.28**	.53**	.52**
F-COPES Total		.54**	.40**	.49**	.50**	.34**	.50**	.56**

*correlação significativa a um nível de $p < .05$ **correlação significativa a um nível de $p < .01$

Estes resultados permitem tecer algumas considerações. O F-COPES e o QFF são dois instrumentos do protocolo de investigação que focam a sua atenção na percepção familiar das estratégias de *coping* e resiliência familiar respectivamente, por isso convergem em muitos pontos. A observação dos diferentes componentes reflecte como é que as estratégias de *coping* familiares estão relacionadas com as forças familiares.

A aplicação conjunta destes instrumentos apresenta um manancial de informações e permite caracterizar a amostra nas duas dimensões, respondendo às questões de investigação. Se por um lado se indaga os processos familiares relacionados com a resiliência familiar, concomitantemente tenta-se perceber quais as estratégias de *coping* familiar, mais evidentes na amostra em estudo.

O inventário relativo à qualidade do sono (PSQI) parece não apresentar, uma convergência linear entre os seus componentes e os componentes do F-COPES e do QFF. Tal pode dever-se ao facto deste instrumento se reportar a uma dimensão individual, sendo que os outros se concentram na dimensão familiar, justificando-se então a sua disposição “aerodinâmica” no modelo conceptual deste estudo.

V – Discussão dos Resultados

Nesta secção do estudo, os resultados obtidos serão interpretados à luz do estado da arte revisto na primeira parte. O carácter exploratório do estudo implica algum decoro na sua generalização.

Um dos objectivos do presente estudo prende-se com a observação do modo como os profissionais de emergência médica percepcionavam as estratégias de *coping* familiar.

Da exposição dos resultados mais significativos podemos inferir que existe uma diferença estatisticamente significativa quanto à variável género em relação à percepção das estratégias de *coping* familiar, constatando-se que as mulheres pontuam mais alto na aquisição de apoio social - para relações íntimas, de acordo com a formulação de pedido de ajuda à família mais próxima e a pessoas da sua confiança (amigos). O recurso ao apoio social, por parte das mulheres, vai ao encontro do estudo de Olson e

colaboradores (1983), nomeadamente recurso ao apoio espiritual, à família, aos amigos e a profissionais.

As mulheres apresentam valores mais elevados nas estratégias de *coping* externas revelando mais facilidade em recorrer à ajuda externa para a solução dos problemas, após analisá-los (avaliação primária). Estes valores estão em concordância com o estudo de Serra (1988, *in* Ferreira, 1990) numa amostra da população portuguesa, em que mulheres recorrem mais a apoios sociais, da mesma forma que Lopez e Little (1996) afirmam que as meninas são sociabilizadas para o uso de estratégias pró-sociais. Desta forma destacam a importância do papel dos recursos sociais na superação das dificuldades. Quando as pessoas estão protegidas por níveis altos de apoio social não se ressentem tão facilmente, quando são submetidas a acontecimentos indutores de *stress* elevado (Cutrona, 1996 *in* Serra, 2005). Reconhece-se neste movimento de procurar ajuda, uma dimensão transcultural e transgeracional, pois ao atender à importância dispensada às relações interpessoais estes resultados não são inesperados (McIntyre, McIntyre, & Silvério, 1999).

O recurso a este tipo de apoio proporciona, às mulheres, uma diminuição do nível de *stress* familiar percebido, no entanto, na opinião de Serra (1999), independentemente dos recursos da rede social, onde o indivíduo está inserido é muito importante a qualidade do apoio recebido.

É interessante verificar como os sujeitos com um nível de habilitações literárias mais elevado (licenciatura) percebem a mobilização de apoio formal como estratégia de *coping* preferencial. Este aspecto está estritamente relacionado com a rede social secundária e o recurso ao apoio de instituições e serviços especializados. Podemos inferir que indivíduos com níveis mais elevados de literacia revelam uma maior predisposição para recorrer ao apoio da rede social secundária, o que poderá estar relacionado com a oportunidade de fazerem escolhas fundamentadas, decorrente do fácil e rápido acesso à informação dos recursos disponíveis (Serra, 2005).

Tecidas estas considerações salientamos agora o estado civil, em que os solteiros tendem a utilizar a avaliação passiva. Uma possível leitura deste resultado prende-se com a avaliação dos acontecimentos de vida, podendo esta fase estar associada a um limiar de *stress* familiar mais baixo.

Alguns destes sujeitos enquadram-se na etapa do ciclo vital “família com filhos adultos”, em que a crise normativa da saída de casa é o momento de maior *stress* e antecede a etapa “família lançadora”. Apesar de podermos esperar dos jovens solteiros uma atitude pró-activa, concordante com um maior envolvimento nas questões, os resultados denunciam uma atitude de resignação face aos acontecimentos de vida, deixando que as dificuldades se dissolvam por si mesmas ou com o passar do tempo, que reforçam as observações de Olson e colaboradores (1983), em que a avaliação passiva é mais frequente nas famílias lançadoras e “*empty nest*”.

Um facto curioso diz respeito à pontuação estatisticamente significativa encontrada na dimensão Procura de Apoio Espiritual por sujeitos não católicos. Tal facto denuncia um movimento pró-activo no sentido de um ajustamento espiritual, numa tentativa de beneficiar deste tipo de recursos quando têm de enfrentar eventos de vida de maior *stress*. Apesar de não comungarem com a moral católica, estes sujeitos acedem a mecanismos de protecção sugerindo uma influência positiva da dimensão religiosa na família.

Por seu lado, os sujeitos não católicos recorrem preferencialmente ao uso de Estratégias de *Coping* Externas, o que faz algum sentido se pensarmos que a formação católica incute uma postura de reflexão, apelando à introspecção e descoberta dos recursos pessoais, contudo este argumento

pode não ser válido se alegarmos uma dimensão humanística nos valores da partilha e do bem-comum arraigados na Igreja católica.

O estudo indica que os sujeitos de um nível sócio-económico elevado recorrem preferencialmente ao Reenquadramento, Aceitação Passiva, e Estratégias de *Coping* Internas, sugerindo uma percepção de auto-suficiência dos recursos familiares, transformando potenciais focos de tensão e encontrando meios adequados de fazer frente às situações de *stress*.

Outro objectivo deste estudo vai no sentido de averiguar a percepção dos processos de resiliência familiar dos sujeitos da amostra. Ao debruçarmo-nos na leitura dos resultados obtidos através do QFF, estes sugerem que, os indivíduos que vivem em zonas medianamente urbanas salientam como processo familiar fundamental, à resiliência familiar, um clima familiar positivo e coesão. De acordo com este tipo de percepção considera-se a importância da união, e de uma visão positiva da vida. Emerge um sentimento forte de confiança na unidade familiar que predispõe os membros da família a uma atitude de esperança e capacidade de procurar opções alternativas para a resolução de problemas.

Por outro lado, a Individualidade assume uma posição de destaque no grupo de sujeitos que pertence ao nível sócio-económico mais elevado. Este resultado é compatível com o alto grau de diferenciação pessoal proporcionado pela independência económica e, por outro lado, pelo nível cultural e académico a que pertencem estas famílias. O respeito pela diversidade de opinião é suportado através de uma estrutura flexível, com base em recursos familiares sustentados por recursos sociais e económicos.

Verifica-se também que, os indivíduos com mais de 30 anos têm uma tendência a pontuar mais elevado na Organização da vida familiar e tomada de decisão, demonstrando a importância da gestão dos recursos familiares aquando da tomada de decisões. A família concentra-se em objectivos partilhados, no entanto, caminha na direcção de um processo de negociação, onde existe troca de opiniões, e respeito pelas diferenças entre os membros da família.

O mesmo factor é percebido pelos enfermeiros como uma força familiar, através da qual a família se operacionaliza de uma forma mais adequada. Os enfermeiros apresentam pontuações mais elevadas do que os TAE's na Organização da vida familiar e Tomada de decisão, o que pode estar relacionado com a experiência profissional e o tempo de serviço enquanto enfermeiros noutras instituições (hospitais e centros de saúde), exigindo um treino prévio da gestão familiar, enquanto que para muitos TAE's este emprego no INEM constitui um primeiro emprego, estando ainda numa fase de adaptação e ajustamento a uma nova realidade laboral e suas, inevitáveis, implicações familiares.

Encontramos no estudo de Lourenço, Ramos e Cruz (2008) elementos concordantes na referência à organização do casal de enfermeiros para o acompanhamento dos filhos resultando numa dinâmica familiar funcional e reconhecida como satisfatória.

Um outro aspecto que sobressai da análise da Organização da vida familiar e tomada de decisão, está relacionado com a religião, uma vez que os sujeitos que não são católicos encontram neste tipo de estratégia uma forma de contornar os eventos de *stress* ou crise familiar, manifestando uma crença nas suas competências para a resolução de problemas.

Anuncia-se que os sujeitos com nível de literacia mais elevada e sujeitos não católicos se destacam no *score* total do QFF, o que vai de encontro a uma percepção convicta das competências familiares e das suas potencialidades de resolução de problemas, extraíndo qualidades e recursos de uma experiência de *stress*.

Os comentários de Anaut (2005) convergem neste sentido, na medida em que “a escolaridade pode introduzir elementos de estabilidade relacional e eventualmente afectiva, susceptíveis de favorecer o processo resiliente” (Anaut, 2005, p. 127). Não seria arriscado afirmar que as habilidades adquiridas ao longo do percurso académico concorrem num campo de potencialidades e funcionam como munições que podem ser mobilizadas aquando da avaliação de um contexto de adversidade. Um nível superior de habilitações literárias poderá funcionar como mecanismo de protecção que promove a percepção de resiliência familiar.

Relativamente à dimensão da religião, esperava-se que os indivíduos que professam uma fé pontuassem mais alto na percepção das forças familiares, do que os que não adoptam os princípios católicos. Fundamentamos estas expectativas no modelo teórico de Froma Walsh (2002,2003,2006) e nos processos familiares que potenciam a resiliência, em que se sublinha a importância das crenças transmitidas pela família e o poder das forças espirituais (Dugan & Coles, 1989, *in* Walsh, 1996). A visibilidade do acto de fé e a crença nas forças religiosas como mediadoras das forças familiares dilui-se nos resultados obtidos neste estudo. São os indivíduos que não se identificam com a filiação a um grupo religioso que percebem a sua família com mais forças familiares. Num campo meramente hipotético, podemos estar perante um ponto de viragem na própria concepção espiritual de suporte familiar. Por sua vez, a amostra é composta por uma percentagem significativa dos não católicos (72,9%) e por jovens, com uma média de idades a rondar os 30 anos.

Ao analisar os resultados do **Índice de qualidade subjectiva do sono**, os resultados obtidos indicam que a prevalência de má qualidade de sono é bastante elevada nos profissionais do INEM. Cerca de 64,7% dos sujeitos da amostra obtiveram um *score* total no PSQI compatível com má qualidade do sono, em comparação com os indivíduos cujas pontuações são inferiores a cinco, indicativas de boa qualidade do sono.

Estes dados devem ser conceptualizados tendo em consideração a caracterização geral da amostra, em que a maioria dos sujeitos é solteira, não tem filhos e tem uma média de idades de 30 anos. As infundadas suspeitas de considerarmos estes factores como protectores da qualidade do sono, não assumem expressividade nesta amostra específica, podendo o trabalho por turnos ser um factor condicionante.

Regista-se, desta forma, uma convergência dos nossos resultados no sentido da documentação acerca das implicações dos trabalhos de turnos na qualidade do sono (Azevedo, 1980; Lavie, 1998; Simões, 1999; Silva, 2000; Santos, 2003; Paiva, 2008). Na opinião de Araújo e Marques (2001) a maior parte dos distúrbios do sono está relacionada com hábitos comportamentais inadequados, decorrentes de um desrespeito dos ritmos biológicos básicos.

Uma pobre qualidade subjectiva do sono aparece associada a queixas de fadiga e irritabilidade, ansiedade e humor depressivo, bem como a um decréscimo da atenção, motivação e eficiência (funcionamento cognitivo), pelo que se depreende que a problemática do sono nesta população específica, se posiciona num contexto de vulnerabilidade.

Para além das inúmeras fontes de *stress* percebidas como tal, estes números podem contribuir para sinalizar um nível de alerta para questões mais generalizadas do estado geral de saúde e bem-estar dos profissionais do INEM que trabalham por turnos, podendo aumentar o risco de ocorrência de diversas patologias (cardiovascular, gastrointestinal, fadiga, distúrbios do sono), devido à exposição a inúmeros factores de risco (característicos da profissão). A rotina destes profissionais pode acarretar alterações do sono, com implicações na esfera profissional, pessoal, familiar e social.

No estudo desenvolvido destaca-se que os sujeitos mais velhos demoram menos tempo para adormecer (têm pontuações mais baixas na componente Latência para o sono), o que poderá estar relacionado com os hábitos de sono, isto é, os rituais que cumpre para conseguir uma noite de descanso. O sono surge espontaneamente quando existem condições e rotinas que estão associados ao acto de dormir.

No que diz respeito ao estado civil, inferiu-se que os solteiros demoram mais tempo a adormecer do que os casados. Numa dimensão salutogénea da conjugalidade salienta-se a interacção conjugal como mecanismo de protecção da qualidade do sono do sujeito, o que é concordante com a interacção entre a saúde e as variáveis relacionais.

Lourenço (2006) faz uma revisão de alguns estudos, apontando justamente a influência entre a relação conjugal e a saúde, nomeadamente a nível do sistema nervoso autónomo, sistema imunológico, endócrino e cardiovascular (Levenson, & Gottman, 1983, 1985, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1992, Malarkey et al., 1994, *in* Lourenço, 2006).

De acordo com os resultados obtidos verifica-se que o Uso de Medicamentos para dormir é mais frequente nos respondentes com idades compreendidas entre os 27 e os 30 anos, em comparação com os sujeitos mais novos, como forma de resolver alguns problemas do sono. É curioso verificar o recurso a este tipo de estratégia nesta idade, pois ele seria mais espectável em idades mais tardias, como intervenção farmacológica nas perturbações do sono, que nalguns casos surge associado a outras patologias.

Na opinião de Paiva (2008) a evolução das queixas deve ser monitorizada e a medicação deve ser reduzida ao essencial, devendo ser acompanhada de uma estratégia multidisciplinar. Ainda referente ao uso de medicamentos revela-se uma maior incidência entre os sujeitos que frequentaram o ensino médio, contudo estes fazem-se representar por apenas 3,5% dos sujeitos da amostra, o que diminui o impacto do resultado.

Ficou claro neste estudo que, o nível sócio-económico alto ostenta uma qualidade subjectiva do sono, sugerindo algo protector em pertencer a este grupo. Estas famílias estarão dotadas de recursos financeiros e sociais que lhe proporcionam condições essenciais para fazer frente ao *stress* do quotidiano e preservar a sua qualidade do sono. A estabilidade financeira deste grupo de sujeitos poderá permitir recusar propostas de horas extraordinárias, não abdicando do seu tempo de descanso e salvaguardar a sua qualidade de vida (acesso a casas com melhores condições de insonorização, estruturas de lazer: ginásios, *spa*'s, zonas verdes, e viagens).

O trabalho por turnos obriga a deslocar o sono para diferentes horas do dia, com os constrangimentos que isso pode causar. Quando observamos que o agregado familiar composto por pais e filhos é aquele em que os transtornos do sono são menos evidentes emerge a família como um sistema inter-relacional com recursos e estratégias para contornar as dificuldades, especialmente quando se lida com desafios persistentes. Não existem famílias sem problemas, o que distingue uma família é a capacidade de administrar bem os seus recursos na hora dos desafios (Beavers, & Hampson, 1990, *in* Walsh, 1998). Os aspectos práticos das famílias são interactivos e conferem ao indivíduo um *background* de competências que os protege das adversidades. Como se o estar em família nos convertesse em seres mais fortes e adiasse o aparecimento dos transtornos do sono.

Relativamente à etapa do ciclo vital da família e o componente 2 (latência para o sono) do PSQI, regista-se que o tempo que os casais sem filhos demoram para adormecer é superior ao dos casais com filhos em idade escolar. Propõe-se que estes últimos sejam invadidos pelo cansaço, na hora de ir para a cama, devida às tarefas desenvolvimentais desta etapa do ciclo

vital²², que reequacionam exponencialmente as exigências da família. A entrada na escola e o acompanhamento dos filhos representam áreas de preocupação para os pais e reclamam a sua presença continuada, o que terá de ser conciliável com o desempenho laboral e reorganização social.

Observou-se uma tendência para as famílias com filhos adultos apresentarem pontuações mais elevadas no tempo habitual para adormecer (latência para o sono), o que terá de ser conceptualizado a dois níveis: por um lado, quando os respondentes são os filhos adultos, que ainda vivem na casa dos pais e, quando os respondentes são os pais, que têm filhos adultos.

Na primeira situação, os sujeitos encontram-se numa fase de investimento profissional e dedicação ao seu posto de trabalho, ainda fascinados com os desafios intermináveis, com que se deparam nesta profissão (e mais propriamente no INEM). Para além dos serviços ordinários, estes profissionais são solicitados constantemente para eventos extraordinários²³, os quais significam uma fonte de rendimento extra, e um reconhecimento de competências, por parte das chefias, aquando do convite para a participação nesses eventos. Porém, estas horas de trabalho vêm acrescer às 35 horas semanais, contempladas no horário de base. Por vezes, a robustez e a resistência física destes profissionais são postas em causa, e o entusiasmo pela “camisola” ultrapassa o desgaste fisiológico.

Decorrente do exposto pode-se inferir que as questões laborais poderão influenciar a qualidade do sono, o que vai de encontro com o estudo de Silva (2000) sobre alterações dos ritmos biológicos associado ao trabalho por turnos.

Deve-se considerar ainda que, estes sujeitos terão entre os 20 e 30 anos, o que de acordo com a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erickson estarão a atravessar a crise psicossocial: intimidade/isolamento (sexta idade)²⁴. Assim, nesta etapa da vida, o jovem adulto com uma identidade assumida, dispõe-se a fundir a sua identidade com a dos outros, na partilha de relações íntimas.

Em muitas ocasiões a solicitação social (saídas com o grupo de amigos, idas a concertos de música, consumo de substâncias estimulantes, cinema, viagens) poderá implicar um esforço acrescido, podendo representar um consumo de energia que, associado a um contexto laboral exigente pode instalar um processo de cansaço e fadiga, justificando a tendência para maior latência para o sono.

Há ainda influências culturais significativas, como ver televisão e filmes de vídeo até tarde, saídas para a discoteca e o recurso às mensagens do telemóvel, factores de perturbação do sono (Paiva, 2008).

Relacionado com este aspecto, a etapa do ciclo vital da família, em que estes jovens se encontram, converge para antecipação de uma mudança familiar. A saída de casa dos pais estará prestes a concretizar-se, o que, por mais pacífico que seja, sofre influências do *stress* iminente ao próprio desenvolvimento familiar e possibilidade de individualização dos membros da família, assinalando um momento de crise (transformação).

Quando os respondentes são os profissionais do INEM que são pais de filhos adultos, supõe-se que a nível laboral, a acumulação de *stress* ao longo da vida e probabilidade de maior número de anos a trabalhar por turnos, acrescido das perturbações associadas à privação crónica do sono, poderá implicar maior latência para o sono. Na opinião de Paiva (2008), esta

²²De acordo com a classificação de Relvas (1996) a “Família com filhos na escola” deve cumprir duas tarefas desenvolvimentais: a prestação de cuidados e a socialização (Relvas, 1996).

²³ Nestes eventos podem estar contemplados: concertos de música, rali de Portugal, a volta a Portugal em bicicleta, semana académica, grandes feiras, entre outros.

²⁴ Para Erickson existe um plano potencial de desenvolvimento (princípio epigenético) definido segundo uma sequência de oito idades do ciclo de vida, atravessadas por crises psicossociais.

privação crónica do sono é compensada durante a vida, pela ingestão substâncias estimulantes como café ou *coca-cola*), com efeito residual no organismo, dificultando a flexibilidade dos padrões de sono. Estes sujeitos são mais velhos, o que está relacionado menor necessidade de número de horas para dormir (ONSA, 2006).

Walsh (1998) comenta que as famílias com bom funcionamento têm uma percepção evolucionária do tempo e do que vai acontecer com elas – um processo contínuo de crescimento e mudança, progredindo pelo ciclo da vida, de uma geração para a outra. O grande desafio que se instala nesta etapa do ciclo de vital da família é a saída de casa dos filhos adultos, pelo que se compreende que os pais estejam apreensivos, concentrando as suas preocupações e aumentando o tempo de latência para o sono.

Os problemas decorrentes da qualidade do sono podem afectar a dimensão familiar em esferas muito precisas do seu funcionamento.

A relação entre as dimensões das estratégias de *coping* e os componentes do PSQI não se afiguraram evidentes neste estudo. No entanto, ao estudar o papel da qualidade do sono nos factores do QFF, identifica-se que aqueles que usufruem de um bom sono percebem um clima familiar positivo e coesão, em comparação com os que apresentam um índice de qualidade de sono compatível com sono patológico.

Assiste-se a uma tendência para desenvolver activamente uma perspectiva positiva particularmente quando se enfrentam situações de *stress* e crise. As evidências documentam que as famílias com bom funcionamento têm uma visão mais optimista da vida (Beavers & Hampson, 1990, *in* Walsh, 1998). Neste enquadramento teórico surge o conceito introduzido por Seligman (1990) de *optimismo aprendido*.

O vigor físico e psicológico decorrente de um sono reparador torna-se um instrumento valioso no confronto com as adversidades do dia-a-dia (crises normativas e/ou acidentais). O estado de irritabilidade, falta de concentração, distorções da percepção associado a uma má qualidade do sono podem representar um factor de vulnerabilidade das famílias para fazer frente aos desafios que se lhes colocam.

Reconhece-se uma maior predisposição para a aceitação e para um sentimento de esperança face às dificuldades, quando se regista a arte de bem dormir.

Limitações do estudo

Este trabalho de investigação tem, no entanto, algumas limitações, a maior das quais se prende com o tipo de amostra estudada não representativa da população de médicos, uma vez que esta classe de profissionais colabora com o CODU em regime de *part-time*, não detendo o vínculo de funcionário, o que por sua vez impossibilita o acesso ao *e-mail* interno dos funcionários. Para ultrapassar esta dificuldade estes sujeitos foram incentivados a preencher o protocolo de investigação em formato de papel, garantindo o anonimato através da recolha em envelope fechado, entregue ao segurança do INEM. Contudo apenas dois médicos se prontificaram a participar neste estudo, alegando a morosidade do preenchimento do protocolo²⁵.

Este estudo reporta-se aos funcionários do INEM, motivo pelo qual os profissionais que prestam serviços nas VMER's não estão representados na sua globalidade, uma vez que esses colaboradores externos, são funcionários dos hospitais onde as bases da VMER's estão sediadas. Apenas os funcionários (enfermeiros ou médicos) do INEM que acumulam funções nas VMER's estão representados.

Reconhecemos que não se procedeu a qualquer técnica de

²⁵ Os restantes médicos que fazem parte da amostra desta investigação são funcionários do INEM.

amostragem, dado que existia o interesse em obter o maior número de casos, respeitando com rigor o critério de inclusão, no sentido de obter sujeitos que trabalhassem por turnos.

O protocolo de investigação consistia num documento extenso e de preenchimento moroso. Tentando minimizar este impacto, o documento em formato de papel foi convertido em suporte informático, funcionando como um agente facilitador de respostas. Se por um lado esta estratégia se mostrava vantajosa, havia o comprometimento do anonimato dos dados, que foi assegurado pela codificação do protocolo.

O preenchimento dos protocolos terá sido realizado no local de trabalho e, nalguns casos, com interrupções devido às activações. Verificamos que, a exclusão dos protocolos neste estudo se prendia com o preenchimento incompleto.

Do *feedback* obtido através de alguns respondentes, considera-se pertinente um reajuste do Questionário Socio-demográfico, focalizando a informação nas variáveis sócio-demográficas e familiares, pois a extensão e o pormenor de algumas questões podem levar ao abandono do seu preenchimento. No estudo de Vale (2008) foi necessário retirar do protocolo de investigação a ficha de dados complementares para garantir a fidedignidade dos dados e o cumprimento dos objectivos do estudo. No actual protocolo de investigação, a referida ficha sofreu uma incorporação no Questionário Sócio-demográfico, o que não se afigura vantajoso para os objectivos do nosso estudo.

O percurso realizado durante construção da tese, permite-nos tecer algumas considerações sobre a abrangência da temática abordada. Um ensinamento que sobressai, entre tantos outros, está relacionado com a focalização numa área de interesse específica, de forma a concentrarmos na análise de cada instrumento de avaliação.

Com o protocolo estabelecido detectaram-se algumas dificuldades em estabelecer comparações entre os nossos resultados e os de outras investigações, pois os artigos publicados sobre o tema nesta população específica são escassos. Este facto poderá influenciar jovens investigadores na escolha da sua problemática.

Teria sido interessante salvaguardar a recolha de informação relativa ao tempo de serviço, contudo, no que diz respeito ao projecto SIV, do qual fazem parte os enfermeiros e TAE's que integram a amostra, este foi implementado na delegação Centro, em Outubro de 2007, ficando, apenas, a descoberto as restantes categorias profissionais.

Pensamos que as limitações enunciadas não se afiguram determinantes no compromisso dos resultados obtidos e, apesar das suas limitações, este estudo deve ser visto como preliminar. As características da amostra comprometem a generalização dos resultados para o total dos profissionais de emergência médica. Considera-se imperativo que pesquisas posteriores possam redimensionar este trabalho, que incide numa amostra regional, para um estudo de âmbito nacional.

As implicações dos trabalhos por turnos a nível familiar deve ser reconceptualizada incidindo nas principais vantagens desta modalidade e o seu potencial efeito organizador na dinâmica familiar e mesmo conjugal.

Considera-se pertinente perceber como é que ambientes laborais geradores de elevados índices de *stress* (como é o caso do INEM), podem ser atenuados com ambientes familiares agradáveis e coesos, e dessa forma adoptar formas efectivas de comunicação e suporte, nos momentos mais difíceis, focalizando as forças familiares.

Estudos futuros podem incidir na exploração das consequências das questões laborais, neste tipo de população, na esfera familiar. Para

compreender os factores de protecção e de vulnerabilidade desta população, devem ser tomadas em consideração algumas variáveis moderadoras (tempo de serviço; apoio familiar e social; taxa de absentismo). Uma parceria entre a subárea de especialização em Psicologia das Organizações e Sistémica Saúde e Família, poderia resultar num estudo bastante expressivo ao nível institucional, contribuindo para a construção de um modelo conceptual donde se pudesse extrair uma compreensão verdadeiramente sistémica, considerando a interacção dos diferentes sistemas implicados. Desta forma poderíamos aumentar a aplicabilidade das investigações com esta população específica, no âmbito dos recursos humanos e Medicina do Trabalho.

VI – Conclusões

Enquanto objecto de estudo o *stress* dos profissionais do INEM foi durante muito tempo valorizado, todavia, embora relacionado com esta temática, começam a delinear-se desenhos de investigação que focam outros aspectos, nomeadamente a forma como a família lida com o *stress*, promovendo o seu processo de adaptação (*coping* familiar), e superando as dificuldades com que se deparam, manifestando as suas competências (resiliência familiar).

A preocupação com a qualidade do sono e os indicadores da sua influência nas rotinas pessoais e suas implicações familiares parece afectar em particular os trabalhadores por turnos, estando documentadas noutras investigações, ao mesmo tempo que representa uma constatação pessoal.

Esta secção é dedicada a uma retrospectiva das grandes linhas do estudo de investigação tecendo algumas conclusões.

Os resultados do estudo empírico representam um ponto de partida para investigações futuras com esta população específica. Respeitando os objectivos propostos destacamos alguns contributos originados pelo nosso trabalho.

Em relação ao primeiro objectivo específico, este trabalho sugere que as mulheres têm uma tendência maior do que os homens para recorrer a estratégias de *coping* externas, nomeadamente aquisição de apoio social nas relações íntimas. A mobilização de apoio formal revelava-se como estratégia de *coping* de eleição junto daqueles que detêm um nível superior de habilitações literárias (licenciatura), pelo que podemos inferir a influência do nível de instrução académica na percepção dos recursos disponíveis para além das fronteiras familiares. Por fim, os solteiros recorrem preferencialmente à avaliação passiva, expressando um sentimento de aceitação ponderada.

A certa altura propomos a análise da percepção dos processos de resiliência familiar, em que os resultados obtidos através da aplicação do QFF insinuam que os profissionais do INEM que residem em meios medianamente urbanos salientam o clima familiar positivo e coesão como processo de resiliência que permite à família superar a crise, reorganizar-se de modo eficiente e enfrentar dificuldades prolongadas.

Verificamos ainda que os sujeitos que pertencem a um nível sócio-económico mais elevado realçam a individualidade como factor de resiliência, deixando transparecer limites interpessoais bem definidos que promovem a identidade individual e o funcionamento autónomo (Walsh, 1998). Este aspecto relaciona-se com a responsabilidade dos membros do sistema e com a sua autonomia, contudo o respeito por este espaço singular não deve ser confundido com baixa coesão familiar.

Garantindo uma expressão de método e organização familiar e denunciando uma certa maturidade os jovens, com mais de 30 anos elegem a organização da vida familiar e tomada de decisão como processo de

resiliência familiar. Este também é um domínio destacado por enfermeiros e sujeitos não católicos, podendo ser considerado uma área salutogénea das forças familiares.

Em relação ao terceiro objectivo específico deste estudo os valores obtidos através do PSQI sugerem que uma elevada percentagem de profissionais do INEM tem má qualidade de sono. De qualquer forma, ainda que possam não preencher critérios para o diagnóstico de um distúrbio de sono, estes profissionais apresentam parâmetros de qualidade de sono longe de se aproximarem de um sono considerado reparador.

Estes resultados, a avaliar pelas implicações dos transtornos do sono no desempenho mnésico e cognitivo, enunciadas na literatura, podem posicionar esta amostra num domínio vulnerável que beneficiaria de uma monitorização rigorosa e ponderação de algum tipo de intervenção. Neste cenário, a investigação precede a avaliação diagnóstica e a intervenção, embora estes departamentos não sejam estanques, funcionando antes como complementares.

Na análise da influência de variáveis sócio-demográficas e familiares na qualidade do sono, os resultados alcançados sugerem que a idade e o estado civil influenciam o tempo de latência para o sono e o uso de medicamentos para dormir (respectivamente). O agregado familiar composto por pais e filhos revela-se protector na dimensão dos transtornos do sono e as famílias na etapa “filhos em idade escolar” demoram menos tempo a adormecer, contrariamente às famílias com filhos adultos.

Relativamente ao último objectivo específico, este estudo sugere que os sujeitos com boa qualidade do sono evidenciam um clima familiar positivo e coesão, no entanto, nesta população as estratégias de *coping* familiares não se mostram afectadas pela qualidade do sono.

Este trabalho de investigação é o resultado de um investimento pessoal e académico, do qual gostaríamos de salientar algumas considerações de ordem prática.

Os profissionais de emergência médica pré-hospitalar²⁶, representam ainda uma minoria no panorama nacional, pelo que as investigações nesta população têm a particularidade de poderem otimizar a reivindicação de estatutos laborais e contribuir para regalias ao nível institucional. Por outro lado, poderão potenciar a detecção precoce de áreas vulneráveis, mas também de dimensões protectoras do bem-estar destes profissionais.

A disponibilidade do INEM, enquanto entidade empregadora, para a autorização deste tipo de estudos, vai ao encontro da filosofia da instituição, relacionada com a qualidade humana e técnica, de quem com ela colabora, otimizando, assim, os recursos humanos disponíveis.

Decorrente da mediatização através dos meios de comunicação social, o INEM adquiriu níveis de visibilidade pública que, por um lado, assume uma grandeza protectora, através do reconhecimento social da prestação de serviços em situações críticas, mas por outro, o coloca numa posição vulnerável, de exposição e crítica constante.

A emergência médica é uma realidade em desenvolvimento cujo número de profissionais disparou nos últimos dois anos, em resposta ao determinismo governamental. Resta a esperança que este trabalho não deixe de contribuir para enriquecer os debates sobre os profissionais de emergência médica, e modificar a sua visão e a dos seus coordenadores e, por conseguinte, transformar, directa ou indirectamente, os valores institucionais e as próprias práticas.

Reconhecemos que é uma profissão exigente e potencialmente

²⁶ Grupo profissional no qual nos incluímos, desde Outubro de 2007, a exercer funções como enfermeira graduada.

agressiva, o que pode acarretar prejuízos a nível individual e familiar, mas cabe a cada indivíduo, e a cada família, em particular, encontrar estratégias que lhe permitam minimizar o impacto negativo deste regime de trabalho.

É possível destacar que não há evidência de um número significativo de divórcios na nossa amostra, o que poderia ser uma consequência da constelação de factores de *stress* familiar de que são alvo e estar em consonância com os dados de Estivill e Averbuch (2008). Também por este motivo, acreditamos que os profissionais do INEM reconhecem na sua família as competências necessárias para ultrapassar as adversidades e tirando benefícios dos momentos mais difíceis.

Compensando este lado do risco, sobressaem inúmeras vantagens nesta profissão, pois a dedicação às funções que desempenham, incute nestes profissionais um elevado espírito de ajuda e sentimento de auto-estima. Na grande maioria estes trabalhadores escolheram o INEM como entidade empregadora, sujeitando-se a rigorosas provas de selecção e monitorização, pelo fascínio nesta área da saúde.

Notamos, ainda que, aqueles que partilham a intimidade com estes profissionais demonstram uma tolerância aumentada, pelo cariz humano deste tipo de serviços, aceitando o ritmo frenético destes profissionais.

Bibliografia

Akerstedt, T. (1995). Work Hours sleepiness and the underlying mechanism. *Journal of Sleep Research*; 4 (Suppl. 2), 15-22.

Akerstedt, T. (2003). Shift Work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational Medicine*; 53, 89-94.

Akerstedt, T., Kecklund G, Gilberg, M., Lowden, A., & Axelsson J. (2000). Sleepiness and days of recovery. *Sleep*; 3, 251-261.

Amaral, J., & Pereira, A. (2004). O *stress* dos profissionais do INEM. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 707-711.

Amaral, J.M.C. (2004). *O stress na emergência pré-hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Amaro, & Jesus (2009). *Vulnerabilidade ao stress em profissionais de emergência médica pré-hospitalar*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

Anaut, M. (2005). *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Araújo, J. F. (2007). Qualidade subjectiva do sono. *Estudos de Psicologia*, 12, 269-274.

Araújo, J. F., & Marques, N. (2001). Ampliação dos conhecimentos em cronobiologia e sono. *Ciência Hoje*. 30, nº 175, 41-43.

ASLEF (s.d.). Shift work, lifestyle and health – Section C. Disponível em <http://www.ohsrep.org.au/storage//documents/ASLEFShiftwork.pdf>, consultado a 24 de Fevereiro de 2009.

Azevedo, M.H. (1980). *Efeitos psicológicos do trabalho por turnos*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Boss, P. (2002). *Family Stress Management – a Contextual Approach*. Londres: Sage.

- Brandão, M. L. (1995). *Psicofisiologia*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Caetano, R., & Oliveira, V. (2008). Durma (muito) melhor. *Saber Viver*, 101, 98-105.
- Canavarro, M. C., Serra, A. A., Firmino, H., & Ramalheira, C. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 14, 85 -91.
- Carter, E., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Decreto-Lei nº 234/81 de 3 de Agosto, Estatutos do Instituto Nacional de Emergência Médica, publicado no Diário da República, I Série, nº 176.
- Dores, M.S. (2008). *A Morte: Percepção das estratégias de coping e da qualidade de vida familiar em sujeitos que experimentaram a perda de uma pessoa significativa no último ano*. Dissertação de Mestrado Integrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Estivill, E. (2007). *Método Estivill. Um guia rápido para os pais ensinarem os filhos a dormir*. Lisboa: Dom Quixote.
- Estivill, E., & Averbuch, M. (2008). *Receitas para dormir bem. Ideias práticas para um sono reparador*. Alfragide: Lua de Papel.
- Ferreira, I. M. (1990). *Influência das relações pais-filhos e das estratégias de coping na determinação do rendimento escolar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Gaspar, S., Moreno, C., & Menna- Barreto, L. (1998). Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. Artigo de revisão. *Revista Médica Brasileira*, 44 (8), 239-245.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- I.N.E. (1998). Direcção geral de ordenamento do território e desenvolvimento urbano. *Tipologias das áreas urbanas*.
- I.N.E. (1998). *Estatísticas demográficas. Classificação nacional das profissões*, versão de 1994.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). (2006). *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S.F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de saúde pública (on line)*, 19 (1), 227-235. Disponível: www.scielo.org. consultado a 12 de Abril de 2009.
- Knutson, K. (2007). The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Medicine Reviews*, 11 (3), 159-162.
- Lavie, P. (1998). *O mundo encantado do sono*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.

- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Childrens action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32, 299-312.
- Lourenço, M. M. (2006). *Casal: conjugalidade e ciclo evolutivo*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Lourenço, R., Ramos, S., & Cruz, A., (2008). Implicações do trabalho por turnos na vida familiar de enfermeiros: Vivências dos parceiros. Disponível em <http://ww.psicologia.com.pt> consultado a 24 de Fevereiro de 2009.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, C., Nunes, G., Ribeira, T., Santos, N., & Teixeira, R. (2005). Hábitos de sono em médicos de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 555-561.
- Martins, C. (2008). *F-COPES : Estudo de validação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado Integrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- McCubbin (1995). The typology model of adjustment and adaptation : A family stress model. *Guidance & Counselling*, 10 (4), 31-37.
- McCubbin, H. I., & Patterson J. M. (1983). The family stress process : The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin M. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), *Social stress and family : Advances and developments in family stress theory and research*. New York : Haworth Press, 7-37.
- McCubbin, H. I., Olson, D., & Larsen, A. (1981). Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES). In H.I. McCubbin, A.I. Thompson, & M.A. McCubbin (1996). *Family assessment : Resiliency, coping and adaptation - Inventories for research and practice* (pp. 455-507). Madison : University of Wisconsin System.
- McIntyre, T.M., McIntyre, S.E., & Silvério, J.(1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 513-527.
- Mendes, P. G. (2008). *Resiliência familiar : estudo exploratório em famílias de risco*. Dissertação de Mestrado Integrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Obal, F. J., & Krueger, J. M. (2004). GHRH and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 8, 367-377.
- Oliveira, A. (2003). Estudo da influência de alguns factores de stress em profissionais das viaturas médicas de emergência e reanimação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 8, 8-16.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I. ; Barnes, H. ; Larsen, A; Muxen, M. ; & Wilson, M. (1985). *Family Inventories: inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (Rev. ed.) St. Paul : Minn: Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D.H., McCubbin, H. I. ; Barnes, H. ; Larsen, A; Muxen, M. ; & Wilson, M. (1983). *Families : What makes them work*. Beverly Hills : Sage Publications.

- Olson, D; McCubbin, H. I. ; Barnes, H. ; Larsen, A; Muxen, M. ; & Wilson, M. (1992). *Family Inventories. Inventories used in a National Survey of Families Across the Family Life Cycle*. Minnesota : St. Paul: University of Minnesota.
- Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida*. Cruz Quebrada: Oficina do Livro.
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64 (2), 349-360.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo. Edição original, 2003.
- Ramos, M. (2008). Stresse, coping e desenvolvimento: Questões conceptuais e dificuldades metodológicas. *Psychologica*, 48, 175-195.
- Relvas, A. P. (1997). Family Therapy, Foundations and Techniques. In P.J. Hawkins & J.N. Nestoros (eds). *Psychotherapy. New perspectives in theory, practice and research*. Chap. 11, 387- 425. Athens: Ellinika Grammata.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família. Perspectiva Sistémica* (3ª edição). Porto: Edições Afrontamento. Edição original, 1996.
- Relvas, A.P., & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de Família*. Coimbra: Quarteto.
- Roberts, R., Shema, S., & Strawbridge, W. (2004) Impact of spouses' sleep problems on partners. *Sleep*, 27, 527-531.
- Santos, R. J. C. (2003). *Trabalho por turnos e capacidade laboral: Variáveis Psicológicas e cronobiológicas*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. (Edição do autor). Coimbra: AV. Serra.
- Serra, V. (2005). As múltiplas facetas do Stress. Pinto, A. M., Silva, A.L. (2005) (Coord.) *Stress e bem-estar. Modelos e domínios de aplicação*. (pp. 17-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, C. F. (1994). *Distúrbios do sono do trabalho por turnos. Factores Psicológicos e cronobiológicos*. Dissertação de Doutoramento publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Silva, C. F. (2000). *Distúrbios do sono do trabalho por turnos. Factores Psicológicos e cronobiológicos*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.R.C.)*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Simões, M. A. (1999). *Estudo padronizado do trabalho por turnos em médicos*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Suhner, A. G., & Heuvel, C. J. (2000). Melatonina como um cronobiótico no Jet Lag e trabalho por turnos. *Teoria, Investigação e Prática*, 2, 411- 422.

- Vale, J. M. (2008). *Burnout em Técnicos de Ambulância de Emergência em contexto pré-hospitalar*. Dissertação de Mestrado Integrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 31, 25-42.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience : Crisis and challenge. *Family Process*, 35, 262-281.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York : The Guildford Press.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51, 130-137.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42 (1), 1-18.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible : A study of resilient children*. New York : McGraw- Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds : High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, New York : Corner University Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1993). Risk, resilience, and recovery : Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.

Anexos

Anexo 1 – Carta de apresentação do projecto de investigação e pedido de autorização de recolha da amostra

Exma. Sr.^a Dr.^a Regina Pimentel
 Delegada da Região do Centro do
 Instituto Nacional de Emergência Médica
 Edifício B –Side , Eiras
 3030 Coimbra

Data: 02/12/2008

Exma. Sra. Dra.

Dália Maria Albuquerque Ferreira na qualidade de aluna da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra encontra-se a realizar a Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da Professora Doutora Maria Madalena Santos Torres Veiga Carvalho Lourenço.

Solicito a vossa excelência a autorização para a realização de um estudo de investigação sobre a qualidade do sono dos profissionais de saúde do INEM da Delegação do Centro e as repercussões na qualidade de vida e resiliência familiar e nas estratégias de *coping*.

A amostra pretende ser recolhida junto dos TOTE, médicos do CODU, Enfermeiros e TAE que colaboram com a Delegação do Centro do INEM.

Inserido no projecto de investigação mais alargado, na área de Sistémica, Saúde e Família com o objectivo de avaliar o *stress*, *coping*, qualidade de vida e resiliência familiar na população portuguesa, o presente estudo pretende analisar até que ponto o sono poderá ser uma situação indutora de *stress* e o seu impacto na dimensão familiar.

Sendo o sono um recurso que o organismo possui para recuperar do desgaste da actividade diária e para o restabelecimento dos processos fisiológicos do organismo sabemos que é fundamental dormir bem (tanto em qualidade como em quantidade) mas com os ritmos acelerados, que imprimimos à nossa vida, descuramos o hábito do sono.

Estamos certos que com a colaboração de todos os funcionários teremos resultados que poderão contribuir para melhorar as condições de trabalho e dessa forma responder ao desafio de, esta ser uma instituição de excelência.

Comprometemo-nos em devolver os resultados deste estudo a essa instituição.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos

Atenciosamente.

Madalena Lourenço
 (Orientadora de dissertação de mestrado)

Dália Ferreira
 (Aluna de mestrado)

Anexo 2 – Apresentação do Protocolo de investigação

Caros colegas.

Dália Ferreira, Enfermeira na SIV de Seia, solicita a vossa colaboração para a realização de um estudo de investigação sobre a qualidade do sono dos profissionais de saúde do INEM da Delegação do Centro e as repercussões na resiliência familiar e estratégias de *coping*, no âmbito Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e Saúde.

A amostra pretende ser recolhida junto dos TOTE, médicos do CODU, Enfermeiros e TAE que colaboram com a Delegação do Centro do INEM.

Sendo o sono um recurso que o organismo possui para recuperar do desgaste da actividade diária e para o restabelecimento dos processos fisiológicos do organismo sabemos que é fundamental dormir bem (tanto em quantidade como em qualidade) mas com os ritmos acelerados, que imprimimos à nossa vida, descuidamos o hábito do sono.

Estamos certos que com a colaboração de todos os funcionários teremos resultados que poderão contribuir para melhorar as condições de trabalho e dessa forma responder ao desafio de, esta ser uma instituição de excelência.

Em anexo, encontra-se o questionário a ser preenchidos, que após preenchidos devem ser reenviados por e-mail para o meu endereço electrónico: dalia.ferreira@inem.pt

A colaboração de todos os participantes é voluntária, e será absolutamente garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados.

Comprometemo-nos em devolver os resultados deste estudo a essa instituição.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos

Atenciosamente,

Dália Ferreira

Anexo 3 – Protocolo de investigação

Anexo 4 – Testes de Normalidade da distribuição das VD's em função das VI's

	Género	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	M	,119	44	,131	,967	44	,235
	F	,207	39	,000	,916	39	,007
FCOPES_Externo	M	,121	44	,111	,971	44	,336
	F	,111	39	,200(*)	,975	39	,521
COPESFactor1	M	,099	44	,200(*)	,971	44	,322
	F	,208	39	,000	,911	39	,005
COPESFactor2	M	,114	44	,183	,965	44	,194
	F	,158	39	,015	,963	39	,227
COPESFactor3	M	,144	44	,022	,940	44	,024
	F	,150	39	,027	,940	39	,039
COPESFactor4	M	,172	44	,002	,969	44	,287
	F	,101	39	,200(*)	,965	39	,260
COPESFactor5	M	,133	44	,048	,952	44	,063
	F	,133	39	,078	,947	39	,067
COPESFactor6	M	,159	44	,007	,945	44	,037
	F	,269	39	,000	,891	39	,001
COPESFactor7	M	,188	44	,000	,907	44	,002
	F	,226	39	,000	,916	39	,007
FCOPES Total	M	,082	44	,200(*)	,966	44	,225
	F	,122	39	,145	,982	39	,786
Forçasfactor1	M	,145	44	,021	,925	44	,007
	F	,111	39	,200(*)	,951	39	,088
Forçasfactor2	M	,125	44	,081	,960	44	,129
	F	,144	39	,041	,965	39	,260
Forçasfactor3	M	,129	44	,063	,945	44	,035
	F	,128	39	,105	,962	39	,203
Forçasfactor4	M	,133	44	,050	,937	44	,018
	F	,131	39	,087	,943	39	,049
Forçasfactor5	M	,150	44	,014	,933	44	,013
	F	,193	39	,001	,917	39	,007
Forçasfactor6	M	,147	44	,018	,967	44	,227
	F	,172	39	,005	,933	39	,023
FORÇASTOTAL	M	,089	44	,200(*)	,951	44	,060
	F	,079	39	,200(*)	,966	39	,288
Qualidade subjectiva do sono	M	,278	44	,000	,839	44	,000
	F	,231	39	,000	,851	39	,000
Latência para o sono	M	,247	44	,000	,797	44	,000
	F	,283	39	,000	,802	39	,000
Duração do sono	M	,265	44	,000	,802	44	,000
	F	,278	39	,000	,762	39	,000
Eficiência habitual do sono	M	,431	44	,000	,587	44	,000
	F	,386	39	,000	,687	39	,000
Transtornos no sono	M	,492	44	,000	,468	44	,000
	F	,387	39	,000	,741	39	,000
Uso de medicamentos para dormir	M	,532	44	,000	,326	44	,000
	F	,538	39	,000	,150	39	,000
Disfunção diurna	M	,252	44	,000	,818	44	,000
	F	,247	39	,000	,827	39	,000
Soma das componentes	M	,166	44	,004	,864	44	,000
	F	,132	39	,084	,946	39	,062

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Testes de Normalidade

	Idade	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	20 a 26 anos	,162	22	,139	,930	22	,121
	27 a 30 anos	,158	30	,054	,954	30	,210
	Mais de 30 anos	,126	31	,200(*)	,943	31	,102
FCOPES_Externo	20 a 26 anos	,142	22	,200(*)	,961	22	,508
	27 a 30 anos	,109	30	,200(*)	,971	30	,568
	Mais de 30 anos	,129	31	,200	,955	31	,219
COPESFactor1	20 a 26 anos	,161	22	,145	,949	22	,306
	27 a 30 anos	,159	30	,051	,909	30	,014
	Mais de 30 anos	,150	31	,074	,938	31	,074
COPESFactor2	20 a 26 anos	,126	22	,200(*)	,956	22	,413
	27 a 30 anos	,134	30	,178	,940	30	,091
	Mais de 30 anos	,155	31	,057	,949	31	,144
COPESFactor3	20 a 26 anos	,145	22	,200(*)	,956	22	,414
	27 a 30 anos	,155	30	,063	,952	30	,191
	Mais de 30 anos	,103	31	,200(*)	,932	31	,051
COPESFactor4	20 a 26 anos	,149	22	,200(*)	,950	22	,322
	27 a 30 anos	,128	30	,200(*)	,967	30	,453
	Mais de 30 anos	,116	31	,200(*)	,953	31	,188
COPESFactor5	20 a 26 anos	,176	22	,075	,930	22	,121
	27 a 30 anos	,198	30	,004	,917	30	,022
	Mais de 30 anos	,162	31	,036	,923	31	,028
COPESFactor6	20 a 26 anos	,196	22	,028	,893	22	,021
	27 a 30 anos	,200	30	,004	,934	30	,064
	Mais de 30 anos	,237	31	,000	,926	31	,033
COPESFactor7	20 a 26 anos	,259	22	,000	,867	22	,007
	27 a 30 anos	,208	30	,002	,906	30	,012
	Mais de 30 anos	,244	31	,000	,895	31	,005
FCOPES Total	20 a 26 anos	,109	22	,200(*)	,959	22	,465
	27 a 30 anos	,087	30	,200(*)	,967	30	,460
	Mais de 30 anos	,135	31	,159	,970	31	,531
Forçasfactor1	20 a 26 anos	,162	22	,138	,932	22	,134
	27 a 30 anos	,204	30	,003	,871	30	,002
	Mais de 30 anos	,116	31	,200(*)	,931	31	,046
Forçasfactor2	20 a 26 anos	,206	22	,016	,881	22	,013
	27 a 30 anos	,219	30	,001	,889	30	,005
	Mais de 30 anos	,169	31	,024	,939	31	,080
Forçasfactor3	20 a 26 anos	,098	22	,200(*)	,984	22	,967
	27 a 30 anos	,223	30	,001	,843	30	,000
	Mais de 30 anos	,099	31	,200(*)	,961	31	,311
Forçasfactor4	20 a 26 anos	,164	22	,126	,927	22	,106
	27 a 30 anos	,121	30	,200(*)	,948	30	,153
	Mais de 30 anos	,136	31	,151	,949	31	,145
Forçasfactor5	20 a 26 anos	,184	22	,052	,948	22	,283
	27 a 30 anos	,130	30	,200(*)	,928	30	,044
	Mais de 30 anos	,129	31	,200(*)	,935	31	,062
Forçasfactor6	20 a 26 anos	,287	22	,000	,891	22	,020
	27 a 30 anos	,213	30	,001	,918	30	,023
	Mais de 30 anos	,107	31	,200(*)	,974	31	,637
FORÇASTOTAL	20 a 26 anos	,137	22	,200(*)	,962	22	,537
	27 a 30 anos	,135	30	,174	,913	30	,017
	Mais de 30 anos	,108	31	,200(*)	,955	31	,212

	Idade	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qualidade subjectiva do sono	20 a 26 anos	,259	22	,000	,790	22	,000
	27 a 30 anos	,279	30	,000	,861	30	,001
	Mais de 30 anos	,242	31	,000	,812	31	,000
Latência para o sono	20 a 26 anos	,259	22	,000	,788	22	,000
	27 a 30 anos	,333	30	,000	,789	30	,000
	Mais de 30 anos	,344	31	,000	,725	31	,000
Duração do sono	20 a 26 anos	,263	22	,000	,801	22	,001
	27 a 30 anos	,248	30	,000	,797	30	,000
	Mais de 30 anos	,326	31	,000	,716	31	,000
Eficiência habitual do sono	20 a 26 anos	,454	22	,000	,536	22	,000
	27 a 30 anos	,317	30	,000	,753	30	,000
	Mais de 30 anos	,466	31	,000	,539	31	,000
Transtornos no sono	20 a 26 anos	,530	22	,000	,332	22	,000
	27 a 30 anos	,442	30	,000	,592	30	,000
	Mais de 30 anos	,371	31	,000	,692	31	,000
Uso de medicamentos para dormir	27 a 30 anos	,495	30	,000	,446	30	,000
	20 a 26 anos	,349	22	,000	,754	22	,000
	27 a 30 anos	,237	30	,000	,831	30	,000
Disfunção diurna	Mais de 30 anos	,242	31	,000	,812	31	,000
	20 a 26 anos	,156	22	,173	,951	22	,331
	27 a 30 anos	,191	30	,007	,885	30	,004
Soma das componentes	Mais de 30 anos	,165	31	,031	,956	31	,227

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b Uso de medicamentos para dormir is constant when idade3 = 20 a 26 anos. It has been omitted.

c Uso de medicamentos para dormir is constant when idade3 = Mais de 30 anos. It has been omitted.

Testes de Normalidade

	Profissão	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	Médico	,226	4	.	,976	4	,880
	Enfermeiro	,188	19	,076	,867	19	,013
	TAE	,104	44	,200(*)	,979	44	,603
	OPCEM	,203	6	,200(*)	,972	6	,907
FCOPES_Externo	Médico	,245	4	.	,933	4	,610
	Enfermeiro	,115	19	,200(*)	,962	19	,616
	TAE	,136	44	,039	,958	44	,112
	OPCEM	,232	6	,200(*)	,885	6	,293
COPEStFactor1	Médico	,310	4	.	,916	4	,515
	Enfermeiro	,183	19	,092	,879	19	,021
	TAE	,104	44	,200(*)	,983	44	,765
	OPCEM	,309	6	,075	,864	6	,204
COPEStFactor2	Médico	,224	4	.	,929	4	,589
	Enfermeiro	,130	19	,200(*)	,971	19	,793
	TAE	,141	44	,029	,949	44	,052
	OPCEM	,189	6	,200(*)	,943	6	,682
COPEStFactor3	Médico	,298	4	.	,926	4	,572
	Enfermeiro	,179	19	,112	,912	19	,081
	TAE	,164	44	,004	,935	44	,015
	OPCEM	,223	6	,200(*)	,908	6	,421
COPEStFactor4	Médico	,250	4	.	,927	4	,577
	Enfermeiro	,130	19	,200(*)	,973	19	,836
	TAE	,173	44	,002	,953	44	,072
	OPCEM	,173	6	,200(*)	,953	6	,764
COPEStFactor5	Médico	,298	4	.	,926	4	,572
	Enfermeiro	,219	19	,017	,916	19	,095
	TAE	,120	44	,123	,947	44	,042
	OPCEM	,254	6	,200(*)	,907	6	,415
COPEStFactor6	Médico	,307	4	.	,729	4	,024
	Enfermeiro	,196	19	,054	,936	19	,223
	TAE	,212	44	,000	,912	44	,003
	OPCEM	,209	6	,200(*)	,907	6	,415
COPEStFactor7	Médico	,283	4	.	,863	4	,272
	Enfermeiro	,255	19	,002	,894	19	,039
	TAE	,178	44	,001	,929	44	,009
	OPCEM	,183	6	,200(*)	,960	6	,820
FCOPES Total	Médico	,201	4	.	,972	4	,852
	Enfermeiro	,174	19	,134	,937	19	,233
	TAE	,098	44	,200(*)	,959	44	,116
	OPCEM	,278	6	,160	,829	6	,106
Forçasfactor1	Médico	,185	4	.	,981	4	,906
	Enfermeiro	,134	19	,200(*)	,915	19	,090
	TAE	,144	44	,022	,912	44	,003
	OPCEM	,287	6	,133	,813	6	,077
Forçasfactor2	Médico	,192	4	.	,971	4	,850
	Enfermeiro	,171	19	,147	,894	19	,038
	TAE	,160	44	,006	,949	44	,051
	OPCEM	,376	6	,008	,666	6	,003
Forçasfactor3	Médico	,236	4	.	,911	4	,488
	Enfermeiro	,119	19	,200(*)	,968	19	,727
	TAE	,155	44	,009	,931	44	,012
	OPCEM	,333	6	,036	,877	6	,253

	Profissão	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk			
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Forçasfactor4	Médico	,252	4	.	,882	4	,348	
	Enfermeiro	,171	19	,146	,944	19	,309	
	TAE	,157	44	,008	,952	44	,068	
	OPCEM	,190	6	,200(*)	,934	6	,614	
Forçasfactor5	Médico	,208	4	.	,950	4	,714	
	Enfermeiro	,153	19	,200(*)	,948	19	,368	
	TAE	,128	44	,067	,950	44	,056	
	OPCEM	,252	6	,200(*)	,916	6	,480	
Forçasfactor6	Médico	,303	4	.	,791	4	,086	
	Enfermeiro	,165	19	,184	,928	19	,156	
	TAE	,141	44	,028	,952	44	,063	
	OPCEM	,215	6	,200(*)	,850	6	,158	
FORÇASTOTAL	Médico	,182	4	.	,984	4	,923	
	Enfermeiro	,100	19	,200(*)	,961	19	,591	
	TAE	,123	44	,094	,939	44	,022	
	OPCEM	,260	6	,200(*)	,831	6	,109	
	Qualidade subjectiva do sono	Médico	,307	4	.	,729	4	,024
		Enfermeiro	,289	19	,000	,801	19	,001
TAE		,240	44	,000	,839	44	,000	
OPCEM		,333	6	,036	,827	6	,101	
Latência para o sono	Médico	,283	4	.	,863	4	,272	
	Enfermeiro	,348	19	,000	,641	19	,000	
	TAE	,251	44	,000	,846	44	,000	
	OPCEM	,407	6	,002	,640	6	,001	
Duração do sono	Médico	,441	4	.	,630	4	,001	
	Enfermeiro	,331	19	,000	,693	19	,000	
	TAE	,277	44	,000	,799	44	,000	
	OPCEM	,492	6	,000	,496	6	,000	
Eficiência habitual do sono	Médico	,441	4	.	,630	4	,001	
	Enfermeiro	,429	19	,000	,584	19	,000	
	TAE	,409	44	,000	,642	44	,000	
Transtornos no sono	Médico	,441	4	.	,630	4	,001	
	Enfermeiro	,505	19	,000	,445	19	,000	
	TAE	,465	44	,000	,549	44	,000	
Uso de medicamentos para dormir	Enfermeiro	,538	19	,000	,244	19	,000	
	TAE	,537	44	,000	,276	44	,000	
Disfunção diurna	Médico	,441	4	.	,630	4	,001	
	Enfermeiro	,242	19	,005	,837	19	,004	
	TAE	,263	44	,000	,801	44	,000	
	OPCEM	,223	6	,200(*)	,908	6	,421	
Soma das componentes	Médico	,195	4	.	,971	4	,850	
	Enfermeiro	,206	19	,033	,953	19	,446	
	TAE	,161	44	,006	,860	44	,000	
	OPCEM	,200	6	,200(*)	,960	6	,823	

* This is a lower bound of the true significance.

Testes de Normalidade

	Habitações Literárias	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	12º ano	,097	34	,200(*)	,973	34	,545
	Ensino superior	,176	47	,001	,919	47	,003
FCOPES_Externo	12º ano	,105	34	,200(*)	,974	34	,586
	Ensino médio	,260	2	.			
COPESFactor1	Ensino superior	,087	47	,200(*)	,975	47	,407
	12º ano	,113	34	,200(*)	,963	34	,294
COPESFactor2	Ensino superior	,160	47	,004	,902	47	,001
	12º ano	,136	34	,110	,945	34	,089
COPESFactor3	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,134	47	,034	,962	47	,132
COPESFactor4	12º ano	,195	34	,002	,913	34	,010
	Ensino médio	,260	2	.			
COPESFactor5	Ensino superior	,123	47	,074	,958	47	,087
	12º ano	,104	34	,200(*)	,968	34	,419
COPESFactor6	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,107	47	,200(*)	,981	47	,642
COPESFactor7	12º ano	,180	34	,007	,914	34	,011
	Ensino médio	,260	2	.			
FCOPES Total	Ensino superior	,148	47	,011	,953	47	,057
	12º ano	,171	34	,013	,936	34	,046
Forçasfactor1	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,253	47	,000	,907	47	,001
Forçasfactor2	12º ano	,164	34	,021	,889	34	,002
	Ensino superior	,248	47	,000	,913	47	,002
Forçasfactor3	12º ano	,085	34	,200(*)	,973	34	,545
	Ensino médio	,260	2	.			
Forçasfactor4	Ensino superior	,097	47	,200(*)	,981	47	,629
	12º ano	,198	34	,002	,919	34	,015
Forçasfactor5	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,133	47	,038	,915	47	,002
Forçasfactor6	12º ano	,232	34	,000	,930	34	,031
	Ensino médio	,260	2	.			
FORÇASTOTAL	Ensino superior	,144	47	,016	,909	47	,001
	12º ano	,118	34	,200(*)	,981	34	,796
Qualidade subjectiva do sono	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,124	47	,070	,943	47	,023
Latência para o sono	12º ano	,121	34	,200(*)	,941	34	,068
	Ensino médio	,260	2	.			
FORÇASTOTAL	Ensino superior	,141	47	,019	,918	47	,003
	12º ano	,131	34	,146	,956	34	,184
Qualidade subjectiva do sono	Ensino superior	,149	47	,011	,925	47	,005
	12º ano	,150	34	,052	,949	34	,112
Latência para o sono	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,173	47	,001	,940	47	,018
FORÇASTOTAL	12º ano	,112	34	,200(*)	,951	34	,134
	Ensino médio	,260	2	.			
Qualidade subjectiva do sono	Ensino superior	,089	47	,200(*)	,928	47	,006
	12º ano	,252	34	,000	,852	34	,000
Latência para o sono	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,258	47	,000	,844	47	,000
FORÇASTOTAL	12º ano	,221	34	,000	,846	34	,000
	Ensino médio	,260	2	.			
Qualidade subjectiva do sono	Ensino superior	,239	47	,000	,807	47	,000

	Habitações Literárias	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Duração do sono	12º ano	,236	34	,000	,819	34	,000
	Ensino superior	,289	47	,000	,752	47	,000
Eficiência habitual do sono	12º ano	,404	34	,000	,640	34	,000
	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,422	47	,000	,631	47	,000
Transtornos no sono	12º ano	,490	34	,000	,485	34	,000
	Ensino médio	,260	2	.			
Uso de medicamentos para dormir	Ensino superior	,422	47	,000	,659	47	,000
	Ensino médio	,260	2	.			
Disfunção diurna	Ensino superior	,527	47	,000	,302	47	,000
	12º ano	,249	34	,000	,822	34	,000
	Ensino médio	,260	2	.			
Soma das componentes	Ensino superior	,238	47	,000	,819	47	,000
	12º ano	,126	34	,189	,939	34	,057
	Ensino médio	,260	2	.			
	Ensino superior	,180	47	,001	,914	47	,002

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b FCOPES_Interno is constant when hab.literárias = Ensino médio. It has been omitted.

c COPESFactor1 is constant when hab.literárias = Ensino médio. It has been omitted.

d COPESFactor7 is constant when hab.literárias = Ensino médio. It has been omitted.

e Forçasfactor5 is constant when hab.literárias = Ensino médio. It has been omitted.

f Duração do sono is constant when hab.literárias = Ensino médio. It has been omitted.

g Uso de medicamentos para dormir is constant when hab.literárias = 12º ano. It has been omitted.

	Estado Civil	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
FCOPES_Interno	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
FCOPES_Externo	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
COPESFactor1	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
COPESFactor2	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
COPESFactor3	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
COPESFactor4	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
COPESFactor5	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
COPESFactor6	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
COPESFactor7	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
FCOPES Total	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Forçasfactor1	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Forçasfactor2	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Forçasfactor3	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Forçasfactor4	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Forçasfactor5	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Forçasfactor6	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
FORÇASTOTAL	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%

	Estado Civil	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Qualidade subjectiva do sono	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Latência para o sono	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Duração do sono	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Eficiência habitual do sono	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Transtornos no sono	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Uso de medicamentos para dormir	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Disfunção diurna	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
Soma das componentes	solteiro	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
	casado	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
	outro	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%

Testes de Normalidade

	Local Residência	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	predominante/urbano	,108	64	,059	,966	64	,071
	mediana/ urbano	,138	8	,200(*)	,957	8	,780
	predominante/ rural	,260	2	.			
FCOPES_Externo	predominante/urbano	,117	64	,030	,977	64	,268
	mediana/ urbano	,178	8	,200(*)	,965	8	,858
	predominante/ rural	,260	2	.			
COPESFactor1	predominante/urbano	,110	64	,051	,967	64	,080
	mediana/ urbano	,286	8	,053	,799	8	,028
	predominante/ rural	,260	2	.			
COPESFactor2	predominante/urbano	,170	64	,000	,958	64	,030
	mediana/ urbano	,158	8	,200(*)	,906	8	,327
	predominante/ rural	,260	2	.			
COPESFactor3	predominante/urbano	,115	64	,035	,950	64	,012
	mediana/ urbano	,229	8	,200(*)	,887	8	,219
	predominante/ rural	,260	2	.			
COPESFactor4	predominante/urbano	,105	64	,076	,972	64	,148
	mediana/ urbano	,296	8	,037	,796	8	,026
	predominante/ rural	,260	2	.			
COPESFactor5	predominante/urbano	,153	64	,001	,941	64	,004
	mediana/ urbano	,227	8	,200(*)	,848	8	,090
	predominante/ rural	,260	2	.			
COPESFactor6	predominante/urbano	,223	64	,000	,913	64	,000
	mediana/ urbano	,185	8	,200(*)	,959	8	,801
	predominante/ rural	,260	2	.			
COPESFactor7	predominante/urbano	,208	64	,000	,929	64	,001
	mediana/ urbano	,187	8	,200(*)	,877	8	,175
	predominante/ rural	,260	2	.			
FCOPES Total	predominante/urbano	,076	64	,200(*)	,980	64	,383
	mediana/ urbano	,268	8	,095	,929	8	,504
	predominante/ rural	,260	2	.			
Forçasfactor1	predominante/urbano	,111	64	,047	,928	64	,001
	mediana/ urbano	,285	8	,054	,858	8	,116
	predominante/ rural	,260	2	.			
Forçasfactor2	predominante/urbano	,150	64	,001	,949	64	,010
	mediana/ urbano	,147	8	,200(*)	,971	8	,909
	predominante/ rural	,260	2	.			
Forçasfactor3	predominante/urbano	,119	64	,024	,959	64	,033
	mediana/ urbano	,210	8	,200(*)	,915	8	,389
	predominante/ rural	,260	2	.			
Forçasfactor4	predominante/urbano	,127	64	,013	,944	64	,006
	mediana/ urbano	,278	8	,068	,855	8	,108
	predominante/ rural	,260	2	.			
Forçasfactor5	predominante/urbano	,120	64	,024	,957	64	,024
	mediana/ urbano	,281	8	,062	,809	8	,036
	predominante/ rural	,260	2	.			
Forçasfactor6	predominante/urbano	,139	64	,004	,954	64	,017
	mediana/ urbano	,202	8	,200(*)	,939	8	,603
	predominante/ rural	,260	2	.			
FORÇASTOTAL	predominante/urbano	,091	64	,200(*)	,952	64	,015
	mediana/ urbano	,229	8	,200(*)	,909	8	,345
	predominante/ rural	,260	2	.			

	Local Residência	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qualidade subjectiva do sono	predominante/urbano	,266	64	,000	,833	64	,000
	mediana/ urbano	,327	8	,012	,810	8	,037
	predominante/ rural	,260	2	.			
Latência para o sono	predominante/urbano	,231	64	,000	,820	64	,000
	mediana/ urbano	,327	8	,012	,810	8	,037
	predominante/urbano	,266	64	,000	,786	64	,000
Duração do sono	mediana/ urbano	,281	8	,062	,809	8	,036
	predominante/ rural	,260	2	.			
	predominante/urbano	,447	64	,000	,571	64	,000
Eficiência habitual do sono	mediana/ urbano	,281	8	,062	,809	8	,036
	predominante/urbano	,440	64	,000	,613	64	,000
Transtornos no sono	mediana/ urbano	,513	8	,000	,418	8	,000
	predominante/urbano	,539	64	,000	,260	64	,000
Uso de medicamentos para dormir	predominante/urbano	,253	64	,000	,809	64	,000
	mediana/ urbano	,300	8	,033	,798	8	,027
	predominante/ rural	,260	2	.			
Soma das componentes	predominante/urbano	,150	64	,001	,891	64	,000
	mediana/ urbano	,212	8	,200(*)	,912	8	,369
	predominante/ rural	,260	2	.			

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b COPESFactor3 is constant when local residência = predominante/ rural. It has been omitted.

c Forçasfactor6 is constant when local residência = predominante/ rural. It has been omitted.

d Latência para o sono is constant when local residência = predominante/ rural. It has been omitted.

e Eficiência habitual do sono is constant when local residência = predominante/ rural. It has been omitted.

f Transtornos no sono is constant when local residência = predominante/ rural. It has been omitted.

g Uso de medicamentos para dormir is constant when local residência = mediana/ urbano. It has been omitted.

h Uso de medicamentos para dormir is constant when local residência = predominante/ rural. It has been omitted.

Testes de Normalidade(b)

	Religião	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	sim(católica)	,130	23	,200(*)	,971	23	,723
	sim (não católica)	,130	60	,014	,961	60	,050
FCOPES_Externo	sim(católica)	,156	23	,152	,948	23	,260
	sim (não católica)	,096	60	,200(*)	,978	60	,353
COPESFactor1	sim(católica)	,138	23	,200(*)	,962	23	,496
	sim (não católica)	,178	60	,000	,939	60	,005
COPESFactor2	sim(católica)	,203	23	,015	,947	23	,255
	sim (não católica)	,129	60	,014	,954	60	,024
COPESFactor3	sim(católica)	,152	23	,182	,945	23	,231
	sim (não católica)	,143	60	,004	,943	60	,007
COPESFactor4	sim(católica)	,195	23	,024	,958	23	,431
	sim (não católica)	,082	60	,200(*)	,982	60	,500
COPESFactor5	sim(católica)	,197	23	,021	,900	23	,026
	sim (não católica)	,173	60	,000	,948	60	,013
COPESFactor6	sim(católica)	,268	23	,000	,897	23	,022
	sim (não católica)	,189	60	,000	,938	60	,004
COPESFactor7	sim(católica)	,318	23	,000	,829	23	,001
	sim (não católica)	,159	60	,001	,927	60	,001
FCOPES Total	sim(católica)	,147	23	,200(*)	,945	23	,232
	sim (não católica)	,065	60	,200(*)	,981	60	,495
Forçasfactor1	sim(católica)	,133	23	,200(*)	,928	23	,097
	sim (não católica)	,117	60	,041	,941	60	,006
Forçasfactor2	sim(católica)	,135	23	,200(*)	,970	23	,680
	sim (não católica)	,137	60	,007	,937	60	,004
Forçasfactor3	sim(católica)	,118	23	,200(*)	,976	23	,821
	sim (não católica)	,126	60	,019	,933	60	,003
Forçasfactor4	sim(católica)	,139	23	,200(*)	,949	23	,276
	sim (não católica)	,099	60	,200(*)	,965	60	,084
Forçasfactor5	sim(católica)	,153	23	,175	,961	23	,486
	sim (não católica)	,154	60	,001	,934	60	,003
Forçasfactor6	sim(católica)	,150	23	,193	,954	23	,348
	sim (não católica)	,151	60	,002	,952	60	,020
FORÇASTOTAL	sim(católica)	,106	23	,200(*)	,980	23	,900
	sim (não católica)	,100	60	,200(*)	,935	60	,003
Qualidade subjectiva do sono	sim(católica)	,291	23	,000	,798	23	,000
	sim (não católica)	,242	60	,000	,854	60	,000
Latência para o sono	sim(católica)	,248	23	,001	,804	23	,000
	sim (não católica)	,235	60	,000	,825	60	,000
Duração do sono	sim(católica)	,262	23	,000	,794	23	,000
	sim (não católica)	,275	60	,000	,785	60	,000
Eficiência habitual do sono	sim(católica)	,460	23	,000	,524	23	,000
	sim (não católica)	,390	60	,000	,674	60	,000
Transtornos no sono	sim(católica)	,424	23	,000	,682	23	,000
	sim (não católica)	,448	60	,000	,602	60	,000
Uso de medicamentos para dormir	sim (não católica)	,529	60	,000	,300	60	,000
Disfunção diurna	sim(católica)	,282	23	,000	,823	23	,001
	sim (não católica)	,238	60	,000	,819	60	,000
Soma das componentes	sim(católica)	,200	23	,017	,832	23	,001
	sim (não católica)	,153	60	,001	,924	60	,001

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b Uso de medicamentos para dormir is constant when religião = sim(católica). It has been omitted.

Testes de Normalidade(b)

	Nível Sócio-económico	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	NE médio	,107	66	,060	,962	66	,042
	NE alto	,216	8	,200(*)	,957	8	,785
FCOPES_Externo	NE médio	,109	66	,052	,980	66	,375
	NE alto	,170	8	,200(*)	,967	8	,877
COPESFactor1	NE médio	,136	66	,004	,957	66	,022
	NE alto	,210	8	,200(*)	,936	8	,574
COPESFactor2	NE médio	,135	66	,005	,976	66	,217
	NE alto	,250	8	,150	,852	8	,100
COPESFactor3	NE médio	,143	66	,002	,944	66	,005
	NE alto	,375	8	,001	,798	8	,027
COPESFactor4	NE médio	,139	66	,003	,970	66	,105
	NE alto	,150	8	,200(*)	,980	8	,961
COPESFactor5	NE médio	,141	66	,002	,953	66	,013
	NE alto	,156	8	,200(*)	,902	8	,299
COPESFactor6	NE médio	,194	66	,000	,933	66	,001
	NE alto	,325	8	,013	,774	8	,015
COPESFactor7	NE médio	,197	66	,000	,926	66	,001
	NE alto	,301	8	,031	,782	8	,018
FCOPES Total	NE médio	,069	66	,200(*)	,979	66	,308
	NE alto	,191	8	,200(*)	,968	8	,884
Forçasfactor1	NE médio	,116	66	,027	,937	66	,002
	NE alto	,239	8	,200(*)	,906	8	,328
Forçasfactor2	NE médio	,140	66	,003	,956	66	,019
	NE alto	,171	8	,200(*)	,934	8	,557
Forçasfactor3	NE médio	,143	66	,002	,954	66	,016
	NE alto	,157	8	,200(*)	,950	8	,716
Forçasfactor4	NE médio	,136	66	,004	,940	66	,003
	NE alto	,233	8	,200(*)	,855	8	,108
Forçasfactor5	NE médio	,125	66	,013	,956	66	,021
	NE alto	,223	8	,200(*)	,871	8	,156
Forçasfactor6	NE médio	,151	66	,001	,945	66	,006
	NE alto	,245	8	,171	,828	8	,056
FORÇASTOTAL	NE médio	,096	66	,200(*)	,953	66	,014
	NE alto	,206	8	,200(*)	,917	8	,408
Qualidade subjectiva do sono	NE médio	,258	66	,000	,832	66	,000
	NE alto	,391	8	,001	,641	8	,000
Latência para o sono	NE médio	,231	66	,000	,818	66	,000
	NE alto	,263	8	,109	,827	8	,056
Duração do sono	NE médio	,248	66	,000	,784	66	,000
	NE alto	,327	8	,012	,810	8	,037
Eficiência habitual do sono	NE médio	,431	66	,000	,589	66	,000
	NE alto	,455	8	,000	,566	8	,000
Transtornos no sono	NE médio	,473	66	,000	,535	66	,000
	NE alto	,327	8	,012	,810	8	,037
Uso de medicamentos para dormir	NE médio	,539	66	,000	,255	66	,000
Disfunção diurna	NE médio	,239	66	,000	,811	66	,000
	NE alto	,263	8	,109	,827	8	,056
Soma das componentes	NE médio	,145	66	,002	,899	66	,000
	NE alto	,195	8	,200(*)	,950	8	,711

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b Uso de medicamentos para dormir is constant when nível sócio-económico = NE alto. It has been omitted.

Testes de Normalidade

	Composição Agregado	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	casal	,208	9	,200(*)	,924	9	,425
	pai(s)+filho(s)	,105	56	,193	,970	56	,175
	outras composições familiares	,225	9	,200(*)	,847	9	,069
FCOPES_Externo	casal	,144	9	,200(*)	,968	9	,874
	pai(s)+filho(s)	,116	56	,057	,983	56	,613
	outras composições familiares	,126	9	,200(*)	,975	9	,931
COPESFactor1	casal	,216	9	,200(*)	,915	9	,351
	pai(s)+filho(s)	,132	56	,016	,959	56	,056
	outras composições familiares	,131	9	,200(*)	,907	9	,298
COPESFactor2	casal	,330	9	,006	,778	9	,011
	pai(s)+filho(s)	,108	56	,158	,975	56	,306
	outras composições familiares	,210	9	,200(*)	,900	9	,254
COPESFactor3	casal	,203	9	,200(*)	,939	9	,573
	pai(s)+filho(s)	,138	56	,010	,937	56	,006
	outras composições familiares	,186	9	,200(*)	,950	9	,693
COPESFactor4	casal	,148	9	,200(*)	,942	9	,600
	pai(s)+filho(s)	,155	56	,002	,968	56	,143
	outras composições familiares	,150	9	,200(*)	,951	9	,700
COPESFactor5	casal	,197	9	,200(*)	,942	9	,601
	pai(s)+filho(s)	,133	56	,016	,947	56	,015
	outras composições familiares	,163	9	,200(*)	,909	9	,308
COPESFactor6	casal	,341	9	,003	,765	9	,008
	pai(s)+filho(s)	,181	56	,000	,951	56	,025
	outras composições familiares	,267	9	,064	,790	9	,016
COPESFactor7	casal	,264	9	,071	,892	9	,208
	pai(s)+filho(s)	,174	56	,000	,928	56	,003
	outras composições familiares	,402	9	,000	,658	9	,000
FCOPES Total	casal	,190	9	,200(*)	,926	9	,447
	pai(s)+filho(s)	,082	56	,200(*)	,978	56	,400
	outras composições familiares	,261	9	,079	,929	9	,468
Forçasfactor1	casal	,238	9	,150	,858	9	,091
	pai(s)+filho(s)	,108	56	,157	,975	56	,284
	outras composições familiares	,204	9	,200(*)	,945	9	,636
Forçasfactor2	casal	,387	9	,000	,791	9	,016
	pai(s)+filho(s)	,153	56	,002	,958	56	,048
	outras composições familiares	,189	9	,200(*)	,936	9	,545
Forçasfactor3	casal	,349	9	,002	,661	9	,001
	pai(s)+filho(s)	,093	56	,200(*)	,981	56	,525
	outras composições familiares	,189	9	,200(*)	,957	9	,771
Forçasfactor4	casal	,189	9	,200(*)	,885	9	,178
	pai(s)+filho(s)	,096	56	,200(*)	,975	56	,298
	outras composições familiares	,177	9	,200(*)	,934	9	,519

	Composição Agregado	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Forçasfactor5	casal	,191	9	,200(*)	,939	9	,573
	pai(s)+filho(s)	,120	56	,044	,953	56	,029
	outras composições familiares	,217	9	,200(*)	,884	9	,171
Forçasfactor6	casal	,198	9	,200(*)	,914	9	,345
	pai(s)+filho(s)	,135	56	,013	,958	56	,050
	outras composições familiares	,228	9	,194	,901	9	,257
FORÇASTOTAL	casal	,227	9	,200	,896	9	,230
	pai(s)+filho(s)	,073	56	,200(*)	,984	56	,663
	outras composições familiares	,164	9	,200(*)	,979	9	,961
Qualidade subjectiva do sono	casal	,209	9	,200(*)	,889	9	,194
	pai(s)+filho(s)	,282	56	,000	,798	56	,000
	outras composições familiares	,414	9	,000	,617	9	,000
Latência para o sono	casal	,245	9	,127	,825	9	,039
	pai(s)+filho(s)	,252	56	,000	,791	56	,000
	outras composições familiares	,351	9	,002	,781	9	,012
Duração do sono	casal	,269	9	,059	,808	9	,025
	pai(s)+filho(s)	,269	56	,000	,774	56	,000
	outras composições familiares	,272	9	,054	,805	9	,024
Eficiência habitual do sono	casal	,459	9	,000	,564	9	,000
	pai(s)+filho(s)	,416	56	,000	,628	56	,000
	outras composições familiares	,519	9	,000	,390	9	,000
Transtornos no sono	casal	,383	9	,000	,786	9	,014
	pai(s)+filho(s)	,459	56	,000	,517	56	,000
	outras composições familiares	,414	9	,000	,617	9	,000
Uso de medicamentos para dormir	casal	,471	9	,000	,536	9	,000
	pai(s)+filho(s)	,540	56	,000	,184	56	,000
Disfunção diurna	casal	,209	9	,200(*)	,823	9	,037
	pai(s)+filho(s)	,242	56	,000	,806	56	,000
	outras composições familiares	,298	9	,020	,752	9	,006
Soma das componentes	casal	,243	9	,133	,872	9	,129
	pai(s)+filho(s)	,123	56	,035	,917	56	,001
	outras composições familiares	,189	9	,200(*)	,921	9	,399

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b Uso de medicamentos para dormir is constant when composição agregado = outras composições familiares. It has been omitted.

Testes de Normalidade

	Etapa Ciclo Vital	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	casal sem filhos	,226	12	,091	,841	12	,028
	filhos pequenos ou pré-escolar	,161	13	,200(*)	,951	13	,614
	filhos idade escolar	,163	10	,200(*)	,940	10	,550
	filhos adolescentes	,167	6	,200(*)	,979	6	,949
	família lançadora	,099	29	,200(*)	,977	29	,767
	não se aplica	,245	4	.	,916	4	,517
FCOPES_Externo	casal sem filhos	,152	12	,200(*)	,966	12	,865
	filhos pequenos ou pré-escolar	,202	13	,150	,935	13	,400
	filhos idade escolar	,192	10	,200(*)	,945	10	,609
	filhos adolescentes	,229	6	,200(*)	,932	6	,592
	família lançadora	,079	29	,200(*)	,987	29	,974
	não se aplica	,285	4	.	,935	4	,625
COPESFactor1	casal sem filhos	,263	12	,022	,805	12	,011
	filhos pequenos ou pré-escolar	,225	13	,071	,917	13	,229
	filhos idade escolar	,318	10	,005	,856	10	,068
	filhos adolescentes	,207	6	,200(*)	,965	6	,856
	família lançadora	,119	29	,200(*)	,975	29	,699
	não se aplica	,234	4	.	,928	4	,584
COPESFactor2	casal sem filhos	,204	12	,182	,906	12	,188
	filhos pequenos ou pré-escolar	,160	13	,200(*)	,923	13	,278
	filhos idade escolar	,215	10	,200(*)	,890	10	,172
	filhos adolescentes	,285	6	,138	,892	6	,330
	família lançadora	,156	29	,068	,954	29	,225
	não se aplica	,377	4	.	,717	4	,018
COPESFactor3	casal sem filhos	,195	12	,200(*)	,928	12	,356
	filhos pequenos ou pré-escolar	,199	13	,168	,879	13	,070
	filhos idade escolar	,170	10	,200(*)	,939	10	,541
	filhos adolescentes	,182	6	,200(*)	,921	6	,515
	família lançadora	,139	29	,161	,954	29	,230
	não se aplica	,283	4	.	,863	4	,272
COPESFactor4	casal sem filhos	,163	12	,200(*)	,956	12	,721
	filhos pequenos ou pré-escolar	,161	13	,200(*)	,924	13	,283
	filhos idade escolar	,218	10	,197	,933	10	,483
	filhos adolescentes	,195	6	,200(*)	,965	6	,858
	família lançadora	,154	29	,078	,952	29	,201
	não se aplica	,441	4	.	,630	4	,001
COPESFactor5	casal sem filhos	,243	12	,048	,893	12	,130
	filhos pequenos ou pré-escolar	,135	13	,200(*)	,939	13	,449
	filhos idade escolar	,166	10	,200(*)	,938	10	,530
	filhos adolescentes	,333	6	,036	,721	6	,010
	família lançadora	,110	29	,200(*)	,951	29	,199
	não se aplica	,307	4	.	,729	4	,024
COPESFactor6	casal sem filhos	,254	12	,031	,818	12	,015
	filhos pequenos ou pré-escolar	,163	13	,200(*)	,960	13	,751
	filhos idade escolar	,300	10	,011	,841	10	,045
	filhos adolescentes	,333	6	,036	,721	6	,010
	família lançadora	,188	29	,010	,921	29	,032
	não se aplica	,260	4	.	,827	4	,161

	Etapa Ciclo Vital	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
COPESFactor7	casal sem filhos	,269	12	,016	,904	12	,181
	filhos pequenos ou pré-escolar	,165	13	,200(*)	,944	13	,508
	filhos idade escolar	,342	10	,002	,841	10	,045
	filhos adolescentes	,333	6	,036	,827	6	,101
	família lançadora	,187	29	,011	,902	29	,011
	não se aplica	,283	4	.	,863	4	,272
FCOPES Total	casal sem filhos	,115	12	,200(*)	,930	12	,376
	filhos pequenos ou pré-escolar	,155	13	,200(*)	,942	13	,480
	filhos idade escolar	,223	10	,172	,902	10	,229
	filhos adolescentes	,200	6	,200(*)	,961	6	,824
	família lançadora	,083	29	,200(*)	,971	29	,590
	não se aplica	,343	4	.	,857	4	,249
Forçasfactor1	casal sem filhos	,159	12	,200(*)	,934	12	,425
	filhos pequenos ou pré-escolar	,188	13	,200(*)	,904	13	,154
	filhos idade escolar	,201	10	,200(*)	,920	10	,353
	filhos adolescentes	,243	6	,200(*)	,948	6	,724
	família lançadora	,136	29	,184	,939	29	,097
	não se aplica	,389	4	.	,786	4	,079
Forçasfactor2	casal sem filhos	,303	12	,003	,875	12	,075
	filhos pequenos ou pré-escolar	,183	13	,200(*)	,888	13	,092
	filhos idade escolar	,360	10	,001	,784	10	,009
	filhos adolescentes	,164	6	,200(*)	,950	6	,739
	família lançadora	,144	29	,130	,943	29	,119
	não se aplica	,260	4	.	,827	4	,161
Forçasfactor3	casal sem filhos	,216	12	,127	,874	12	,073
	filhos pequenos ou pré-escolar	,191	13	,200(*)	,946	13	,533
	filhos idade escolar	,155	10	,200(*)	,922	10	,373
	filhos adolescentes	,234	6	,200(*)	,889	6	,310
	família lançadora	,124	29	,200(*)	,976	29	,737
	não se aplica	,260	4	.	,827	4	,161
Forçasfactor4	casal sem filhos	,170	12	,200(*)	,908	12	,199
	filhos pequenos ou pré-escolar	,162	13	,200(*)	,922	13	,268
	filhos idade escolar	,185	10	,200(*)	,941	10	,564
	filhos adolescentes	,254	6	,200(*)	,866	6	,212
	família lançadora	,156	29	,069	,923	29	,036
	não se aplica	,250	4	.	,945	4	,683
Forçasfactor5	casal sem filhos	,175	12	,200(*)	,946	12	,584
	filhos pequenos ou pré-escolar	,166	13	,200(*)	,916	13	,221
	filhos idade escolar	,223	10	,172	,911	10	,288
	filhos adolescentes	,180	6	,200(*)	,920	6	,505
	família lançadora	,158	29	,062	,928	29	,048
	não se aplica	,441	4	.	,630	4	,001
Forçasfactor6	casal sem filhos	,228	12	,086	,895	12	,137
	filhos pequenos ou pré-escolar	,238	13	,042	,889	13	,094
	filhos idade escolar	,174	10	,200(*)	,944	10	,601
	filhos adolescentes	,251	6	,200(*)	,869	6	,223
	família lançadora	,220	29	,001	,931	29	,058
	não se aplica	,298	4	.	,926	4	,572

	Etapa Ciclo Vital	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FORÇASTOTAL	casal sem filhos	,150	12	,200(*)	,947	12	,598
	filhos pequenos ou pré-escolar	,123	13	,200(*)	,974	13	,933
	filhos idade escolar	,142	10	,200(*)	,946	10	,625
	filhos adolescentes	,175	6	,200(*)	,935	6	,619
	família lançadora	,086	29	,200(*)	,973	29	,651
	não se aplica	,380	4	.	,805	4	,112
Qualidade subjectiva do sono	casal sem filhos	,230	12	,080	,900	12	,160
	filhos pequenos ou pré-escolar	,317	13	,001	,795	13	,006
	filhos idade escolar	,324	10	,004	,794	10	,012
	filhos adolescentes	,492	6	,000	,496	6	,000
	família lançadora	,242	29	,000	,798	29	,000
	não se aplica	,441	4	.	,630	4	,001
Latência para o sono	casal sem filhos	,333	12	,001	,808	12	,011
	filhos pequenos ou pré-escolar	,289	13	,004	,772	13	,003
	filhos idade escolar	,433	10	,000	,594	10	,000
	filhos adolescentes	,293	6	,117	,822	6	,091
	família lançadora	,226	29	,001	,811	29	,000
	não se aplica	,441	4	.	,630	4	,001
Duração do sono	casal sem filhos	,250	12	,037	,828	12	,020
	filhos pequenos ou pré-escolar	,278	13	,007	,806	13	,008
	filhos idade escolar	,433	10	,000	,594	10	,000
	filhos adolescentes	,407	6	,002	,640	6	,001
	família lançadora	,266	29	,000	,789	29	,000
	não se aplica	,441	4	.	,630	4	,001
Eficiência habitual do sono	casal sem filhos	,388	12	,000	,668	12	,000
	filhos pequenos ou pré-escolar	,284	13	,005	,785	13	,005
	filhos idade escolar	,478	10	,000	,539	10	,000
	filhos adolescentes	,492	6	,000	,496	6	,000
	família lançadora	,469	29	,000	,506	29	,000
	não se aplica	,446	12	,000	,592	12	,000
Transtornos no sono	casal sem filhos	,532	13	,000	,311	13	,000
	filhos pequenos ou pré-escolar	,400	10	,000	,658	10	,000
	filhos adolescentes	,492	6	,000	,496	6	,000
	família lançadora	,480	29	,000	,494	29	,000
	não se aplica	,283	4	.	,863	4	,272
	não se aplica	,499	12	,000	,465	12	,000
Uso de medicamentos para dormir	casal sem filhos	,499	12	,000	,465	12	,000
	filhos pequenos ou pré-escolar	,532	13	,000	,311	13	,000
	família lançadora	,539	29	,000	,184	29	,000
Disfunção diurna	casal sem filhos	,238	12	,059	,840	12	,028
	filhos pequenos ou pré-escolar	,239	13	,040	,812	13	,010
	filhos idade escolar	,362	10	,001	,717	10	,001
	filhos adolescentes	,254	6	,200(*)	,866	6	,212
	família lançadora	,296	29	,000	,783	29	,000
	não se aplica	,441	4	.	,630	4	,001
Soma das componentes	casal sem filhos	,260	12	,024	,845	12	,032
	filhos pequenos ou pré-escolar	,165	13	,200(*)	,952	13	,628
	filhos idade escolar	,285	10	,021	,915	10	,314
	filhos adolescentes	,220	6	,200(*)	,884	6	,290
	família lançadora	,171	29	,030	,871	29	,002
	não se aplica	,441	4	.	,630	4	,001

- * This is a lower bound of the true significance.
- a Lilliefors Significance Correction
- b Eficiência habitual do sono is constant when etapa ciclo vital = não se aplica. It has been omitted.
- c Uso de medicamentos para dormir is constant when etapa ciclo vital = filhos idade escolar. It has been omitted.
- d Uso de medicamentos para dormir is constant when etapa ciclo vital = filhos adolescentes. It has been omitted.
- e Uso de medicamentos para dormir is constant when etapa ciclo vital = não se aplica. It has been omitted.

Testes de Normalidade

	Formas de Família	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	nuclear intacta	,109	65	,053	,963	65	,049
	pós-divórcio	,333	4	.	,763	4	,051
	monoparental	,303	4	.	,791	4	,086
FCOPES_Externo	nuclear intacta	,112	65	,042	,983	65	,502
	pós-divórcio	,307	4	.	,729	4	,024
	monoparental	,221	4	.	,956	4	,755
COPESFactor1	nuclear intacta	,125	65	,013	,949	65	,009
	pós-divórcio	,303	4	.	,791	4	,086
	monoparental	,283	4	.	,863	4	,272
COPESFactor2	nuclear intacta	,122	65	,018	,975	65	,217
	pós-divórcio	,307	4	.	,729	4	,024
	monoparental	,208	4	.	,950	4	,714
COPESFactor3	nuclear intacta	,148	65	,001	,948	65	,008
	pós-divórcio	,304	4	.	,811	4	,123
	monoparental	,285	4	.	,935	4	,625
COPESFactor4	nuclear intacta	,136	65	,005	,971	65	,126
	pós-divórcio	,304	4	.	,811	4	,123
	monoparental	,250	4	.	,963	4	,797
COPESFactor5	nuclear intacta	,135	65	,005	,950	65	,010
	pós-divórcio	,271	4	.	,848	4	,220
	monoparental	,151	4	.	,993	4	,972
COPESFactor6	nuclear intacta	,201	65	,000	,938	65	,003
	pós-divórcio	,303	4	.	,791	4	,086
	monoparental	,260	4	.	,827	4	,161
COPESFactor7	nuclear intacta	,188	65	,000	,930	65	,001
	pós-divórcio	,441	4	.	,630	4	,001
	monoparental	,307	4	.	,729	4	,024
FCOPES Total	nuclear intacta	,075	65	,200(*)	,980	65	,389
	pós-divórcio	,255	4	.	,915	4	,507
	monoparental	,141	4	.	,996	4	,987
Forçasfactor1	nuclear intacta	,097	65	,200(*)	,953	65	,016
	pós-divórcio	,298	4	.	,849	4	,224
	monoparental	,259	4	.	,944	4	,679
Forçasfactor2	nuclear intacta	,145	65	,002	,945	65	,006
	pós-divórcio	,250	4	.	,945	4	,683
	monoparental	,271	4	.	,848	4	,220
Forçasfactor3	nuclear intacta	,104	65	,076	,953	65	,014
	pós-divórcio	,329	4	.	,895	4	,406
	monoparental	,260	4	.	,912	4	,492
Forçasfactor4	nuclear intacta	,098	65	,198	,954	65	,017
	pós-divórcio	,441	4	.	,630	4	,001
	monoparental	,204	4	.	,950	4	,717
Forçasfactor5	nuclear intacta	,134	65	,006	,942	65	,004
	monoparental	,408	4	.	,737	4	,029
	nuclear intacta	,143	65	,002	,954	65	,017
Forçasfactor6	pós-divórcio	,283	4	.	,863	4	,272
	monoparental	,441	4	.	,630	4	,001
	nuclear intacta	,081	65	,200(*)	,952	65	,013
FORÇASTOTA	pós-divórcio	,307	4	.	,729	4	,024
	monoparental	,217	4	.	,979	4	,897
	nuclear intacta	,274	65	,000	,832	65	,000
Qualidade subjectiva do sono	pós-divórcio	,441	4	.	,630	4	,001
	monoparental	,307	4	.	,729	4	,024
	nuclear intacta	,240	65	,000	,807	65	,000
Latência para o sono	pós-divórcio	,441	4	.	,630	4	,001
	monoparental	,283	4	.	,863	4	,272

	Formas de Família	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Duração do sono	nuclear intacta	,257	65	,000	,798	65	,000
	pós-divórcio	,307	4	.	,729	4	,024
	monoparental	,307	4	.	,729	4	,024
Eficiência habitual do sono	nuclear intacta	,422	65	,000	,613	65	,000
	pós-divórcio	,441	4	.	,630	4	,001
Transtornos no sono	nuclear intacta	,462	65	,000	,552	65	,000
	pós-divórcio	,307	4	.	,729	4	,024
Uso de medicamentos para dormir	nuclear intacta	,539	65	,000	,258	65	,000
Disfunção diurna	nuclear intacta	,244	65	,000	,814	65	,000
	monoparental	,260	4	.	,827	4	,161
Soma das componentes	nuclear intacta	,145	65	,002	,890	65	,000
	pós-divórcio	,441	4	.	,630	4	,001
	monoparental	,347	4	.	,807	4	,115

* This is a lower bound of the true significance.

Testes de Normalidade(b)

	Grupo: Normal/Patológico	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCOPES_Interno	Normal (Boa qualidade do sono)	,167	30	,032	,956	30	,247
	Patológico (Má qualidade do sono)	,132	53	,023	,946	53	,018
FCOPESExterno	Normal (Boa qualidade do sono)	,128	30	,200(*)	,965	30	,408
	Patológico (Má qualidade do sono)	,126	53	,035	,966	53	,135
COPESFactor1	Normal (Boa qualidade do sono)	,177	30	,018	,938	30	,083
	Patológico (Má qualidade do sono)	,164	53	,001	,951	53	,029
COPESFactor2	Normal (Boa qualidade do sono)	,095	30	,200(*)	,971	30	,565
	Patológico (Má qualidade do sono)	,151	53	,004	,957	53	,052
COPESFactor3	Normal (Boa qualidade do sono)	,158	30	,054	,942	30	,101
	Patológico (Má qualidade do sono)	,108	53	,180	,950	53	,027
COPESFactor4	Normal (Boa qualidade do sono)	,165	30	,035	,958	30	,267
	Patológico (Má qualidade do sono)	,091	53	,200(*)	,981	53	,551
COPESFactor5	Normal (Boa qualidade do sono)	,131	30	,200	,947	30	,144
	Patológico (Má qualidade do sono)	,171	53	,001	,918	53	,001
COPESFactor6	Normal (Boa qualidade do sono)	,212	30	,001	,914	30	,019
	Patológico (Má qualidade do sono)	,212	53	,000	,931	53	,004
COPESFactor7	Normal (Boa qualidade do sono)	,183	30	,012	,927	30	,042
	Patológico (Má qualidade do sono)	,208	53	,000	,925	53	,003
FCOPES Total	Normal (Boa qualidade do sono)	,078	30	,200(*)	,970	30	,529
	Patológico (Má qualidade do sono)	,109	53	,165	,973	53	,272
Forçasfactor1	Normal (Boa qualidade do sono)	,121	30	,200(*)	,900	30	,008
	Patológico (Má qualidade do sono)	,135	53	,017	,949	53	,023
Forçasfactor2	Normal (Boa qualidade do sono)	,181	30	,014	,931	30	,051
	Patológico (Má qualidade do sono)	,171	53	,001	,945	53	,017
Forçasfactor3	Normal (Boa qualidade do sono)	,110	30	,200(*)	,957	30	,258
	Patológico (Má qualidade do sono)	,134	53	,018	,950	53	,027
Forçasfactor4	Normal (Boa qualidade do sono)	,185	30	,011	,879	30	,003
	Patológico (Má qualidade do sono)	,093	53	,200(*)	,972	53	,250
Forçasfactor5	Normal (Boa qualidade do sono)	,135	30	,175	,922	30	,031

	Grupo: Normal/Patológico	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Forçasfactor6	Patológico (Má qualidade do sono)	,117	53	,068	,949	53	,023
	Normal (Boa qualidade do sono)	,209	30	,002	,914	30	,019
FORÇASTOTAL	Patológico (Má qualidade do sono)	,156	53	,003	,949	53	,025
	Normal (Boa qualidade do sono)	,118	30	,200(*)	,939	30	,086
Qualidade subjectiva do sono	Patológico (Má qualidade do sono)	,095	53	,200(*)	,958	53	,059
	Normal (Boa qualidade do sono)	,291	30	,000	,753	30	,000
Latência para o sono	Patológico (Má qualidade do sono)	,280	53	,000	,813	53	,000
	Normal (Boa qualidade do sono)	,371	30	,000	,701	30	,000
Duração do sono	Patológico (Má qualidade do sono)	,274	53	,000	,846	53	,000
	Normal (Boa qualidade do sono)	,389	30	,000	,624	30	,000
Eficiência habitual do sono	Patológico (Má qualidade do sono)	,311	53	,000	,816	53	,000
	Normal (Boa qualidade do sono)	,539	30	,000	,180	30	,000
Transtornos no sono	Patológico (Má qualidade do sono)	,316	53	,000	,759	53	,000
	Normal (Boa qualidade do sono)	,472	30	,000	,496	30	,000
Uso de medicamentos para dormir	Patológico (Má qualidade do sono)	,436	53	,000	,641	53	,000
Disfunção diurna	Patológico (Má qualidade do sono)	,525	53	,000	,323	53	,000
	Normal (Boa qualidade do sono)	,440	30	,000	,577	30	,000
Soma das componentes	Patológico (Má qualidade do sono)	,298	53	,000	,846	53	,000
	Normal (Boa qualidade do sono)	,235	30	,000	,890	30	,005
	Patológico (Má qualidade do sono)	,230	53	,000	,797	53	,000

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b Uso de medicamentos para dormir is constant when Grupo: Normal/Patológico = Normal (Boa qualidade do sono). It has been omitted.